UNIVERSITE D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1914 — N° 1

L'Orchi-Epididymite

typhoïdique

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 27 Janvier 1914

à 6 heures du soir

PAR

Georges LEMOINE

Ancien Interne des Hôpitaux

Né à Ténès le 15 novembre 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale. *Président.*

SOULIÉ, Professeur de pathologie générale et microbiologie.

GILLOT, Agrégé de médecine générale.

RAYNAUD, chargé des fonctions d'agrégé.

Juges.

ALGER
IMPRIMERIE AGRICOLE F. MONTÉGUT
12, Rue Charras (Carrefour de l'Agha)

1914

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1914 — N° 1

L'Orchi-Epididymite typhoïdique

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 27 Janvier 1914

à 6 heures du soir

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Georges LEMOINE

Ancien Interne des Hôpitaux

Né à Ténès le 15 novembre 1888

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale. *Président.*

SOULIÉ, Professeur de pathologie générale et microbiologie.

GILLOT, Agrégé de médecine générale.

RAYNAUD, chargé des fonctions d'agrégé. *Juges.*

ALGER
IMPRIMERIE AGRICOLE F. MONTÉGUT
12, Rue Charras (Carrefour de l'Agha)

1914

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET, (✻, I. ✪).
ASSESSEUR ..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✪).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ✪)
Physiologie	REY (✻, I. ✪).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✻ I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (✻, I. ✪).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻ I. ✪).
Clinique ophtalmologique	CANGE (A. ✪).
Chimie médicale et toxicologie.....	MALOSSE (I. ✪ ✪).
Physique médicale et biologique.....	X...
Pharmacie	BATTANDIER (I. ✪).
Matière médicale et thérapeutique....	HÉRAIL (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie.....	TRABUT (✻I.✪MA.O ❁)
Pathologie générale, microbiologie...	SOULIÉ (I. ✪).
Hygiène et médecine légale.....	CRESPIN (I. ✪).
Histologie.....	ARGAUD (I. ✪).

CHARGÉ DE COURS

Chimie biologique..... M. SAMBUC (I. ✪).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine générale.....	MM. GILLOT (I. ✪),
Physiologie.....	BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie et physiologie.....	MM. LEBLANC (A. ✪).
Pathologie et clinique externes et clinique obstétricale	E. CABANES (A. ✪). FUSTER.
Chimie et physique	MALOSSE (A. ✪).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO.
Section de médecine générale	RAYNAUD.
Section de chirurgie.....	LOMBARD.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Professeur de Clinique Médicale

A MES JUGES :

Monsieur SOULIÉ

Professeur de Pathologie générale et de Microbiologie

Monsieur GILLOT

Professeur agrégé de Médecine générale

Monsieur RAYNAUD

Chargé des fonctions d'Agrégé

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES

DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

INTRODUCTION

Le bacille d'Eberth est susceptible de se localiser en des points divers de l'organisme et de donner lieu à des complications nombreuses. Parmi celles-ci, les unes sont aujourd'hui bien connues et ont fait l'objet de nombreux travaux : complications intestinales, circulatoires, respiratoires, méningées, etc.; mais il en existe d'autres sur lesquelles l'attention a été moins attirée, soit qu'elles aient une influence moins marquée sur la marche générale de la maladie; soit tout simplement qu'elles s'observent d'une façon moins fréquente. Nous pouvons citer, en particulier, celles qui peuvent atteindre les différents organes glandulaires : capsules surrénales, corps thyroïde, parotide, glande mammaire, ovaire et testicule. C'est cette dernière complication que nous nous proposons d'étudier dans ce modeste travail.

Notre maître, M. le Dr Raynaud, ayant eu l'occasion d'observer trois cas d'orchite typhoïdique, dont un particulièrement intéressant, nous engagea à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous le remercions vivement des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

Nous donnerons d'abord une vue d'ensemble de l'orchite typhoïdique, d'après les observations que nous avons pu rassembler et les travaux que nous avons étudiés. Nous présenterons ensuite les différentes observations qui ont été publiées depuis la dernière thèse, se rapportant à notre sujet, la thèse de Blumenfeld, et celles qui, antérieures à cette thèse, nous ont paru présenter quelque intérêt.

Mais avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, la tradition nous impose un devoir, qu'il nous est d'ailleurs bien doux de remplir; c'est celui d'offrir un témoignage public de notre reconnaissance à tous ceux à qui nous sommes redevable de notre instruction médicale et d'assurer tous nos maîtres, de la Faculté et de l'Hôpital, de notre vive gratitude.

Durant nos années d'internat, nous avons eu l'honneur d'être admis dans les services de Messieurs les Professeurs Ardin-Delteil, Cange, Rouvier, et de Messieurs les Docteurs Dumolard et Sabidini. Nous avons toujours suivi avec le plus vif intérêt leurs savantes leçons et nous les remercions de la bienveillante sympathie qu'ils ont bien voulu nous témoigner.

Monsieur le Professeur Ardin-Delteil nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de profiter de l'occasion qui nous est offerte aujourd'hui, de lui renouveler l'assurance de notre bien vive reconnaissance, pour les soins éclairés qu'il nous a prodigués au cours d'une dangereuse maladie. Ces mêmes sentiments de reconnaissance, nous les éprouvons vis-à-vis de ses collaborateurs, Messieurs les Docteurs Raynaud, Coudray et Duboucher, vis-à-vis aussi de nos camarades, et en particulier des Docteurs Bardy et Deshayes, qui nous témoignèrent à ce moment tant de dévouement et tant de sympathie.

Ce n'est pas sans une vive émotion que nous allons quitter cet hôpital de Mustapha, où nous avons passé des années si agréables; où nous avons été constamment entouré d'excellents camarades, d'amis sincères, dont il va nous être bien pénible de nous séparer. Qu'ils soient assurés de tout notre dévouement et de notre inaltérable amitié !

HISTORIQUE

C'est Velpeau, en 1844, dans le *Dictionnaire de Médecine,* qui mentionna pour la première fois, les complications testiculaires de la fièvre typhoïde : « On voit, dit-il, à la fin de quelques fièvres graves, de la dothienenterie, de la variole, de certaines affections articulaires, de certaines maladies des os, de l'infection purulente, une orchite aiguë apparaître, sans cause extérieure appréciable. Le mal dépendant, en pareil cas, d'une cause générale, d'une altération profonde des fluides, constitue nécessairement une inflammation plus grave que dans les cas indiqués jusqu'ici. Tantôt inégale et lente, tantôt d'une très grande rapidité dans son développement, l'orchite ainsi survenue, se termine souvent et en général, par suppuration ».

Ces complications sont encore mentionnées, mais d'une façon très brève, dans la thèse de Cogombles, en 1858, sur « L'Orchite aiguë ». Dans un chapitre traitant « De l'orchite symptômatique des fièvres graves ou des états affectifs profonds de l'économie » l'auteur « ne mentionne, que pour remplir son cadre, ces variétés d'orchites; car, dépendantes de l'état général qui les a fait naître, elles lui empruntent leur gravité et ne sont guère l'objet d'indications spéciales. C'est là un phénomène cachectique analogue aux abcès, aux gangrènes, que l'on rencontre parfois sur divers points du corps, aux localisations des états inflammatoires généraux.

C'est dans le cours de la fièvre typhoïde, de la variole, de l'infection purulente, des fièvres hectiques consécutives à des lésions osseuses graves, que

l'on note quelquefois l'invasion de cette espèce d'orchite aiguë ».

En 1860, Hardy, dans sa thèse sur « Les Inflammations du testicule », montre que l'on peut voir les testicules devenir volumineux et s'enflammer en dehors de toute lésion des organes génito-urinaires au cours des maladies infectieuses entraînant une altération profonde de l'organisme, telles que la fièvre typhoïde et la variole.

En 1864, est publiée, par Chedevergne, la première observation d'orchite typhoïdique, observation d'ailleurs très résumée.

Bouchut en publie une seconde en 1867, aussi peu détaillée.

La première observation complète est celle que Hanot publie en 1873, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris,* orchite survenue 13 jours après la défervescence, et terminée par suppuration et élimination de substance testiculaire. L'attention est dès lors attirée sur cette complication de la fièvre typhoïde et les cas vont se multiplier.

L'année suivante, en 1874, Cervelle présente une thèse sur des « Considérations sur une variété d'orchite aiguë compliquant certaines fièvres graves », dans laquelle nous trouvons deux observations d'orchite ayant apparu au cours de la convalescence de fièvre typhoïde.

En 1877, Widal présente à la Société Clinique de Paris, une étude sur les « Fièvres typhoïdes compliquées d'orchite », avec trois nouveaux cas. A la suite de cette communication, s'engage une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres de cette Société, et en particulier Lereboullet et Dieulafoy, qui ont eu, eux aussi, l'occasion d'observer cette complication.

Dieulafoy rapporte un cas d'orchite suppurée et Lereboullet deux cas sans suppuration.

L'année suivante, les *Archives de Médecine* publient une revue générale de Hanot sur l' « Orchite dans la fièvre typhoïde », avec trois nouvelles observations.

Les observations se font d'ailleurs de plus en plus fréquentes : Sabourin, Huchard, Laveran, Manley, publient de nouveaux cas.

En 1883 paraissent la thèse de Sadrain et un mémoire d'Ollivier, dans lequel cet auteur discute les 24 cas qu'il a pu rassembler et fait une étude complète de la question.

L'orchite typhoïdique fait encore l'objet de revues d'ensemble de Monod et Terrillon, dans leur *Traité des maladies du testicule,* et de Molière et Augagneur dans le *Dictionnaire des sciences médicales.*

Quelques observations sont publiées par Tavel, en 1887, Thiroloix en 1891, Girode en 1892, Messerer et Gasser en 1895, Salles et Barjon en 1896, Audard en 1899, Launois et Lœper en 1900,

Puis viennent les thèses de Dô et de Chalon en 1900, celle de Cholet en 1901 et celle de Blumenfeld en 1905. Depuis, quelques communications ont été faites : par Bergasse, à la Société médico-Chirurgicale de la Drôme en 1902, par Bergounious, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris en 1903, par Clément, à la Société de Médecine de Lyon, en 1907, et par Cordillot, dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires,* en 1907. Nous trouvons encore les revues de Beardsley et de Picke en 1909 et en 1911.

Signalons enfin que la question de l'orchite typhoïdique est étudiée avec plus ou moins de développement dans tous les traités de médecine et de chirurgie, et en particulier dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, (Sébilleau) et dans le traité de médecine de Brouardel et Gilbert (Brouardel-Thoînot-Le Für).

ÉTIOLOGIE

Les complications testiculaires sont loin d'être rares au cours des diverses infections.

C'est ainsi, en particulier, que le testicule est très souvent atteint au cours de la variole (9 fois sur 10, de façon très inégale d'ailleurs, chez les individus morts de cette affection, d'après les recherches d'Esmonet), et au cours des oreillons, la fréquence de l'orchite ourlienne étant, en effet, bien connue. Il est moins souvent touché au cours de la fièvre typhoïde, et nous nous ferons une idée de cette rareté relative en nous en rapportant à quelques statistiques.

Sur 200 malades,atteints de dothienenterie, Liebermeister n'a observé que deux cas d'orchite; Brand, sur 8.141 cas, n'en a jamais signalé; Sorel en a observé 3 cas sur 871.

Cholet rapporte, dans sa thèse, une statistique portant sur 862 typhoïdiques, chez lesquels l'orchite s'est déclarée 8 fois. Enfin, Cordillot la signale 2 fois sur 196 cas.

Il nous semble pourtant que l'on peut admettre que cette complication soit un peu plus fréquente que ne l'indiquent les statistiques que nous venons de passer en revue. Il faut, en effet, tenir compte de ce que, à côté des orchites aiguës, à début brusque, ou des formes graves qui se terminent par la suppuration et l'élimination de tout ou partie du tissu glandulaire, il existe aussi des cas à allure beaucoup moins bruyante; ces cas peuvent, d'ailleurs, survenir en pleine convalescence, alors que le malade a déjà

quitté l'hôpital, et échapper par conséquent à l'attention du médecin.

Quoi qu'il en soit, l'orchite est une complication assez rare de la fièvre typhoïde. Blumenfeld, dans sa thèse, en rapporte 69 observations. Nous avons pu en réunir 78.

Les conditions dans lesquelles se développe cette localisation testiculaire sont difficiles à préciser. Parmi les facteurs susceptibles d'avoir une certaine influence sur son apparition, nous devons, en première ligne, faire intervenir l'âge.

Dans nos 78 observations, 17 ne mentionnent pas l'âge du malade; mais, parmi les autres, la grande majorité se rapporte à des malades ayant entre 18 et 32 ans. Nous relevons en effet 45 cas entre ces deux limites; 8 cas au-dessous de 18 ans (un à 4 ans, un à 10, deux à 11, un à 14, un à 15, deux à 17) et 8 au-dessus de 32 ans (sept de 33 à 40, un à 47). Enfin un cas aurait été observé par Hutinel à 58 ans, mais l'observation n'en a pas été publiée.

Cette particularité n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre, et cela pour deux raisons : cet âge est en effet celui où la fièvre typhoïde elle-même présente sa plus grande fréquence, et c'est aussi celui qui correspond au maximum d'activité fonctionnelle de la glande.

Nous n'insisterons pas sur les conditions climatériques ou saisonnières qui, si elles ont une influence certaine sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, n'en ont aucune sur les complications qui nous occupent.

Les mauvaises conditions hygiéniques antérieures favoriseraient, d'après certains auteurs, l'apparition de ces complications : Un certain nombre de cas ont été observés chez des individus surmenés, chez des militaires épuisés par les fatigues d'une campagne, chez des prisonniers, chez des sujets à tempérament lymphatique.

On a recherché enfin si une atteinte antérieure de l'appareil génital constituait une cause prédisposante à la localisation du bacille d'Eberth. Cette atteinte antérieure est assez rarement observée. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question en nous occupant de la pathogénie de l'orchite.

La gravité de la fièvre typhoïde ne semble pas non plus avoir une influence bien marquée; les complications testiculaires sont aussi bien signalées dans les formes bénignes que dans les formes graves.

Nous avons enfin à envisager une dernière question; c'est celle du moment de l'apparition de l'orchite.

L'orchite typhoïdique est surtout une complication de la convalescence. Sur nos 78 observations, elle est, en effet, apparue 58 fois au cours de cette convalescence, bien longtemps parfois après la défervescence (le plus souvent du dixième au vingtième jour), 4 fois au moment de la défervescence, et 15 fois seulement durant le cours de la période fébrile. Enfin, dans une seule observation, l'orchite a marqué le début de la maladie.

PATHOGÉNIE

Comme toutes les autres orchites, l'orchite qui survient au cours de la fièvre typhoïde, reconnaît pour cause une infection.

Cette infection est-elle sous la dépendance directe du bacille d'Eberth ? Est-elle due, au contraire, à des agents d'infection secondaire ? Telle est la première question que nous avons à nous poser. Nous aurons ensuite à étudier la façon dont ces organismes microbiens peuvent atteindre le testicule et les conditions dans lesquelles ils s'y développent.

De nombreuses recherches bactériologiques ont été faites. Elles montrent d'un façon précise que, dans la presque totalité des cas, l'orchite de la fièvre typhoïde est due au bacille d'Eberth lui-même.

Deux fois seulement, en effet, les examens démontrèrent l'absence de ce bacille (observations d'Horwitz et de Fraenkel).

Horwitz a observé une orchite survenue au cours de la convalescence, plus d'un mois après la défervescence; cette orchite se termina par suppuration. Le pus ne contenait que des cocci pyogènes et pas de bacilles typhiques (observation XVI).

Fraenkel observa un cas d'orchite, également de la convalescence, qui se termina aussi par suppuration. Dans le pus, il constata la présence du staphylocoque et l'absence du bacille d'Eberth. Cette orchite était concomitante à une prostatite également à staphylocoques.

Mais dans tous les autres cas où l'examen bacté-

riologique a été pratiqué, il a toujours mis en évidence la présence du bacille d'Eberth; que cet examen ait été fait avant la suppuration, c'est-à-dire dans la sérosité retirée par ponction du testicule, ou après la suppuration.

Enfin, nous signalerons que dans un cas, celui de Bergounious, les recherches montrèrent à la fois le bacille typhoïdique et le bacille de Koch.

L'orchite typhoïdique est donc bien due à l'action directe du bacille d'Eberth. Nous devons maintenant rechercher comment ce bacille vient se localiser sur le testicule.

Deux voies sont théoriquement possibles : une voie ascendante, la voie canaliculaire, et une voie descendante, la voie sanguine.

La voie canaliculaire a été admise, au moins pour certains cas, par presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question. Cette infection ascendante serait sous la dépendance de la bactériurie éberthienne.

Les recherches bactériologiques ont montré qu'il se fait, par les urines, une abondante élimination de bacilles d'Eberth; cette élimination débute, au commencement du second septénaire, au moment de l'apparition des taches rosées, d'après certains auteurs; plus rapidement d'après certains autres, et se prolonge fort longtemps après la défervescence.

Sous l'influence de causes plus ou moins bien déterminées, ces bacilles peuvent donner naissance à des lésions diverses des organes uro-génitaux, et ces lésions seraient le point de départ de la localisation testiculaire.

Dans aucune des observations d'orchite typhoïdique que nous avons étudiées, nous n'avons trouvé de preuves à peu près certaines de cette origine ascendante. On a bien signalé parfois quelques symptômes

vésicaux ou urétraux, mais ces observations ne sont pas nettes et manquent de contrôle bactériologique.

Il faut reconnaître cependant que le bacille d'Eberth peut déterminer des complications vésicales, urétrales, prostatiques, etc. On a publié, en effet, des cas assez nombreux de cystites éberthiennes (Labat, Vincent, Lemierre) ; on a cité un certain nombre de cas d'urétrites au cours de la fièvre typhoïde, urétrites causées, le plus souvent, par des microbes banaux d'infection secondaire, mais dues parfois au bacille typhoïdique lui-même (thèse de Caldier) ; on a enfin signalé des prostatites et des spermatocystites dans le pus desquelles on a mis en évidence le bacille d'Eberth (Marchildon, Picke).

On est donc en droit de conclure qu'il peut très bien exister des cas dans lesquels l'orchite ou surtout l'épididymite reconnaissent une origine ascendante.

Toutefois, il nous semble bien plus rationnel d'admettre que le bacille vient se fixer directement sur le testicule par la voie sanguine.

Il est une notion sur laquelle nous devons insister, car elle domine cette question ; c'est celle de la septicémie éberthienne.

La fièvre typhoïde n'est pas, en effet, une maladie locale, comme on l'a cru fort longtemps. L'hémoculture montre au contraire que c'est une véritable septicémie. « En ce qui concerne le bacille d'Eberth, dit Abrami, on sait aujourd'hui ce qu'il faut penser de sa nature intestinale. Depuis le travail initial de Schottmüller, paru en 1900, un grand nombre de recherches effectuées tant en France qu'en Allemagne et en Amérique, ont définitivement démontré que, loin d'être une maladie intestinale, la fièvre typhoïde est, au contraire, et dès le début, une septicémie. Le bacille d'Eberth existe dans le sang des typhiques, non seulement pendant toute la période de la maladie,

mais encore, suivant certains observateurs, pendant la période d'incubation, alors qu'aucun symptôme ne la traduit encore ».

Cette notion de septicémie devait retentir sur la pathogénie de toutes les infections d'organes et, en particulier, de celles des parenchymes glandulaires; car, dans ces conditions, il est logique de mettre ces lésions sous la dépendance d'une infection sanguine directe.

Cette origine sanguine est d'ailleurs admise pour la plupart des complications : méningées, pulmonaires, articulaires, etc.; certaines localisations, comme les thyroïdites, ne sauraient en reconnaître d'autre. Bien plus, certaines complications, les cholécystites par exemple, chez lesquelles une origine canaliculaire paraîssait cependant à peu près certaine, ont été mieux étudiées, et beaucoup d'auteurs ont aujourd'hui tendance à considérer ces cholécystites non plus comme le résultat d'une infection ascendante du cholédoque et des voies biliaires, mais bien plutôt comme le résultat de la septicémie éberthienne.

Quant aux causes pour lesquelles le bacille d'Eberth détermine l'inflammation du testicule, nous devons bien reconnaître qu'elles sont difficiles à préciser et qu'elles nous échappent dans la plupart des cas.

En règle générale, la localisation infectieuse est commandée par un état de réceptivité locale, un état de moindre résistance, souvent créé par une atteinte pathologique antérieure.

Widal et Ravaut ont montré que le bacille d'Eberth se fixe volontiers sur des organes précédemment atteints, sur une adénite tuberculeuse du cou par exemple, sur un ovaire kystique. Philibert et Bezançon rapportent d'autres cas analogues dans leur étude sur les localisations extra-intestinales de la fièvre

typhoïde. C'est ainsi qu'une malade de Barjon et Lesieur fait des complications articulaires au cours d'une fièvre typhoïde, après avoir fait auparavant du rhumatisme articulaire aigu; qu'un malade de Longuet fait une cholécystite typhique dans une vésicule calculeuse. C'est encore ainsi qu'on observe les localisations sur le système veineux génital après l'accouchement. C'est encore ainsi enfin qu'on a remarqué que le corps thyroïde est bien plus souvent atteint par le bacille d'Eberth chez les goîtreux.

En est-il de même pour les complications testiculaires ? On pourrait s'attendre à ce qu'une atteinte antérieure des glandes génitales se retrouve fréquemment dans les antécédents de nos malades. Or, il ne semble pas qu'il en soit ainsi.

Dans certains cas, nous retrouvons bien ces antécédents.

Le malade de Blumenfeld par exemple (Obs. XIII) fait une localisation sur un testicule déjà frappé à deux reprises différentes d'orchite blennorragique.

Dans le cas de Bergounious (Obs. V), les examens bactériologiques ont montré que le pus contenait du bacille d'Eberth et du bacille de Koch : l'orchite typhoïdique s'est déclarée chez un malade atteint de tuberculose latente, et les deux processus, éberthien et tuberculeux, ont évolué simultanément.

Mais ces cas sont rares, et le plus souvent les malades étaient vierges de tout antécédent génital.

Enfin, dans un petit nombre de cas, le traumatisme, dont Colzi a bien montré l'importance a pu être incriminé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions qui se produisent au niveau du testicule et de l'épididyme au cours de la fièvre typhoïde sont mal connues, en raison du très petit nombre d'examens qui ont pu être pratiqués, les complications dont nous nous occupons, n'entraînant pas une issue mortelle, comme nous le verrons plus loin.

Les seuls examens microscopiques sont ceux de Girode, qui a pu faire l'autopsie d'un malade atteint d'épididymite, qui succomba à des accidents pulmonaires, et de Hanot, qui eût l'occasion d'étudier une portion de testicule éliminée au cours d'une orchite suppurée. Enfin, Dô nous rapporte dans sa thèse, un examen d'ailleurs très ancien et fort incomplet.

Le bacille d'Eberth peut se localiser sur le testicule ou sur l'épididyme seul. Le plus souvent testicule et épididyme sont pris en même temps, et le tableau clinique est alors celui d'une orchi-épididymite aiguë, avec prédominance de l'inflammation sur l'un ou l'autre de ces deux organes.

La lésion est toujours unilatérale et paraît atteindre un peu plus souvent le côté droit que le côté gauche.

Le testicule est, en général, le siège d'une tuméfaction très marquée. Son volume est souvent doublé, sa consistance est dure et uniforme; la vascularisation est intense, les vaisseaux sont gorgés de sang et dilatés.

L'examen microscopique montre que les lésions siègent à la fois au niveau des tubes testiculaires et du tissu conjonctif intertubulaire.

Nous allons du reste rapporter les résultats de l'examen de Hanot. Il s'agissait, nous l'avons vu, d'une portion de testicule éliminée au cours d'une orchite suppurée. « Elle se présente sous la forme d'une masse d'un gris rougeâtre mesurant 33 millimètres dans son plus grand diamètre sur 30 mm.; elle est creusée d'une sorte de fistule de 15 millimètres sur 4, qui va du centre à la périphérie, dans le sens du plus grand diamètre. Elle est hérissée de petits filaments. Il est facile de s'assurer qu'on a affaire au tissu testiculaire, Si on examine les filaments au microscope, on y reconnaît des tubes testiculaires remplis, pour la plupart, d'éléments embryonnaires.

L'examen microscopique est pratiqué après durcissement par l'acide picrique et coloration par la teinture de carmin. Sur une coupe transversale, on voit sur presque toute l'étendue, et sauf au centre, les tubes remplis d'éléments embryonnaires, sans aucun vestige d'épithélium. En ces points, la paroi des tubes est presque partout intacte et se dessine sous forme d'une petite ligne droite et transparente. Ces tubes sont séparés par des éléments embryonnaires, parfois sur une étendue qui égale le diamètre des tubes eux-mêmes, parfois sur une étendue moindre.

Au centre, tout autour de la cavité, les tubes contiennent encore des éléments embryonnaires, mais principalement des leucocytes et de fines granulations, les unes obscures, la plupart transparentes.

Par places, la paroi des tubes n'est plus visible et alors, les leucocytes qu'ils contiennent semblent se continuer directement avec les mêmes éléments épanchés entre les tubes. Les parois des vaisseaux sont recouverts d'éléments embryonnaires; la coupe transversale de quelques-uns de ces vaisseaux est oblitérée par un caillot ».

L'épididyme est le plus souvent pris en masse; il forme alors une tumeur volumineuse, dure, un peu irrégulière, coiffant le testicule en cimier de casque. Dans d'autres cas, la tuméfaction n'est pas totale et forme simplement un ou plusieurs noyaux indurés, pouvant siéger au niveau de la tête ou de la queue de l'épididyme.

L'examen de l'épididyme a été fait par Girode (Observation IX). Les foyers suppuratifs occupent les espaces intertubulaires de l'épididyme; les voies séminifères ne présentent aucune trace d'inflammation, leur épithélium est intact; elles n'affectent, avec les foyers de suppuration, que des rapports de contiguïté.

Le cordon spermatique est indemne dans la plupart des cas. On a cependant noté qu'il est parfois douloureux et un peu tuméfié. Ce léger degré de funiculite peut être plus accusé, et le gonflement est alors plus marqué (Obs. VIII et X).

La vaginale peut aussi participer à l'inflammation. Dans la grande majorité des cas, cette inflammation ne s'accompagne que d'une exsudation minime. Dans un cas, celui de Baroni et Dessy (Obs. VI), il y eut un épanchement abondant, rendant fort difficile la palpation du testicule et de l'épididyme. On retira par ponction, 40 centimètres cubes d'un liquide citrin séro-fibrineux; ce liquide agglutinait fortement le bacille d'Eberth et ne contenait aucun bacille. Enfin, dans aucune observation, n'ont été signalées de lésions des vésicules séminales ou de la prostate.

ÉTUDE CLINIQUE

L'orchi-épididymite typhoïdique débute en général brusquement, par des phénomènes douloureux très accusés, avec élévation de la température.

La douleur est parfois insidieuse au début (le malade de l'observation X souffre légèrement de son testicule pendant plusieurs jours; cette souffrance est si légère qu'il ne la signale même pas à la visite); elle peut, dans ce cas, précéder l'élévation de la température; mais, elle ne conserve pas longtemps ces caractères et devient rapidement plus aiguë.

Le plus souvent, c'est une douleur extrêmement vive, continue, avec accès paroxistiques, qui s'irradie vers le périnée, le canal inguinal, la région hypogastrique et les lombes, et s'accompagne de ténesme vésical et rectal. Cette douleur est spontanée, et s'exaspère au moindre mouvement ou à la moindre pression.

La fièvre est, en général, élevée et atteint souvent 39°5, 40°, 40°5; elle s'accompagne alors d'un frisson violent.

A ces phénomènes douloureux et à cette élévation de la température, peut s'ajouter une réaction très vive de l'état général et certains malades (Obs. X) peuvent donner l'impression de sujets faisant une complication abdominale redoutable, avec leur température élevée, leur pouls rapide, dépressible, leur visage grippé, leurs yeux enfoncés, leurs extrémités froides, leurs vomissements et leurs violentes dou-

leurs abdominales. Et le tableau est d'autant plus frappant que l'on se trouve souvent en présence de malades qui étaient en pleine période de convalescence et d'apyrexie.

Mais, le plus souvent, l'état général est peu altéré. On observe d'ailleurs beaucoup de cas où la complication s'annonce d'une façon beaucoup moins bruyante : fièvre très modérée, état général excellent, même si la douleur testiculaire est vive.

L'examen de la région testiculaire montre une tuméfaction souvent très marquée.

Le scrotum est rouge, tendu, luisant; quelques fois épaissi et œdématié; le réseau veineux superficiel est légèrement dilaté.

La palpation de la tumeur est rendue pénible par l'acuité de la douleur qui s'exagère sous la pression; elle nous renseigne sur la part prise par les différents éléments (testicule, épididyme, canal déférent). Nous nous sommes déjà occupés de ces diverses localisations en étudiant l'anatomie pathologique de cette orchite; nous n'y reviendrons donc pas. Rappelons seulement que, le plus souvent, le testicule et l'épididyme sont pris en même temps, que le cordon est parfois douloureux et qu'en général on ne trouve pas d'épanchement vaginal, Enfin, le toucher rectal montre l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales,

Assez rapidement tous ces symptômes vont s'amender; l'état aigu ne dure que deux ou trois jours et disparaît progressivement. L'affection évolue alors soit vers la résolution, soit vers la suppuration, dans le tiers des cas environ.

La résolution est assez lente. Il existe bien des cas où les manifestations testiculaires se bornent à des phénomènes d'inflammation légère avec tendance à la résolution spontanée et rapide; mais, le plus sou-

vent, après la disparition des phénomènes aigus, le testicule ou l'épididyme restent sensibles à la pression, un peu augmentés de volume, et cet état peut durer pendant un temps assez long.

La *restitutio ad integrum* est parfois complète : mais on voit fréquemment persister fort longtemps un ou plusieurs noyaux indurés sur l'épididyme, au niveau de la tête en particulier, Enfin, assez rarement, on observe une atrophie plus ou moins marquée de la glande.

Lorsque l'orchi-épididymite doit évoluer vers la suppuration, les symptômes paraissent parfois plus accentués que dans les cas qui se terminent par résolution et persistent plus longtemps.

La tumeur, d'abord rénitente, devient peu à peu fluctuante, la peau rougit, s'amincit et l'abcès finit par s'ouvrir spontanément, s'il n'a pas été incisé. Cette suppuration se produit, le plus souvent, assez rapidement, mais elle peut aussi avoir une marche subaiguë et être très longue à se faire jour au dehors. La quantité de pus est plus ou moins abondante. Dans presque tous les cas, du tissu testiculaire s'élimine en même temps que le pus.

La durée de l'orchite typhoïdique est très variable. D'une douzaine de jours en moyenne dans les cas non suppurés, mais pouvant cependant être plus longue (jusqu'à trois semaines), elle l'est davantage dans les cas de suppuration.

Nous avons déjà vu que l'orchite débute généralement pendant la convalescence, moins souvent au début de cette convalescence, moins souvent encore pendant la période fébrile.

Or, dans une des observations que nous rapportons, l'orchite est apparue, non pas au cours, mais au début de la maladie, dont elle a constitué, les premiers jours, l'unique symptôme.

On peut rapprocher cette observation des cas observés en assez grand nombre dans lesquels l'infection éberthienne débute par une localisation pulmonaire ou pleurale (pneumo ou pleuro-typhus), méningée (méningotyphus), ou encore articulaire (arthro typhus), etc., et dans lesquels les symptômes de la complication précèdent, ou dépassent en intensité les symptômes habituels de la fièvre typhoïde, et en masquent absolument l'évolution; la détermination principale de l'infection paraît se faire dès le début de la maladie, sur le poumon, la plèvre, les méninges ou les articulations, sur le testicule, dans le cas que nous rapportons.

Nous n'avons pas trouvé d'observation analogue dans la littérature médicale; c'est pourquoi il nous a paru intéressant d'entreprendre cette étude.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'orchi-épididynite s'impose dans la grande majorité des cas, par la localisation de la douleur et la constatation de la tuméfaction de la glande génitale.

Il est cependant une affection qui présente des caractères assez voisins de ceux de l'orchi-épididymite et qu'on peut confondre avec cette dernière : c'est la thrombo-phlébite du cordon, qui s'observe d'ailleurs aussi au cours de la fièvre typhoïde (Widal).

M. le Professeur Ardin-Delteil a rappelé à la Société des sciences médicales de Montpellier (1903), le cas d'un malade chez qui pareille erreur avait été commise. Il s'agissait d'un jeune homme entré à l'hôpital dans un état typhoïde grave, qui fit, au bout de quelques jours, une localisation qui fut prise pour une orchite et que l'autopsie montra être une thrombo-phlébite du cordon.

Comme l'orchite, la thrombo-phlébite débute par une douleur vive siégeant au niveau du cordon et s'irradiant vers le testicule, avec élévation de la température et phénomènes généraux marqués. Cette douleur s'accompagne d'une tuméfaction remontant le long du cordon, formant une masse, quelques fois de consistance ligneuse, le plus souvent mollasse, dépressible, pâteuse, dans laquelle on peut reconnaître des stries veineuses, sinueuses.

Dans l'orchi-épididymite, une palpation attentive pourra permettre de se rendre compte que les lésions

prédominantes portent soit sur l'épididyme, soit sur le testicule, et très accessoirement sur le cordon (Longuet).

Quant au diagnostic de la nature de l'orchi-épididymite, il ne peut s'établir, en dehors des recherches bactériologiques, que sur les commémoratifs l'orchi-épididymite éberthienne ne possédant par elle-même aucun caractère permettant de la différencier des autres orchites infectieuses.

Si ce diagnostic est facile lorsque la complication apparaît au cours de la convalescence ou à la fin de la période fébrile, il n'en est plus de même quand elle se produit dès les débuts de cette période fébrile, et, à plus forte raison, lorsque l'orchite ouvre la scène et constitue le premier symptôme de l'infection éberthienne.

C'est ainsi, par exemple, que dans notre observation I, nous nous trouvions en présence d'un malade atteint d'orchi-épididymite aiguë. L'origine blennorragique, à laquelle il était d'abord tout naturel de songer, devait être écartée, le malade n'ayant eu, en effet, qu'une urétrite des plus légères, cinq ans auparavant. Le malade était en excellente santé avant l'apparition de son orchite, à laquelle on ne pouvait reconnaître aucune origine apparente.

L'orchite ourlienne est assez souvent primitive (elle constitue même parfois le seul symptôme de la maladie) ; mais il n'y avait à ce moment aucun cas suspect d'oreillons. Sur le compte de quelle infection devait-on mettre cette lésion? Les constatations cliniques ne permettaient pas d'établir un diagnostic; et les examens de laboratoire seuls (hémoculture, séroréaction), pouvaient montrer que cette orchite était due au bacille d'Eberth, ce qui devait d'ailleurs être vérifié par l'évolution ultérieure de la maladie.

PRONOSTIC

L'apparition d'une orchite au cours de la fièvre typhoïde n'entraîne aucune aggravation du pronostic de cette fièvre typhoïde. La mort a bien été signalée dans trois observations, mais elle était la conséquence d'autres complications.

Le pronostic de l'orchite typhique n'est donc pas grave au point de vue vital; mais il est assez sérieux au point de vue fonctionnel.

Nous avons vu, en effet, que dans un tiers des cas environ, l'orchite se termine par la suppuration et que cette suppuration s'accompagne presque toujours de l'élimination de tissu testiculaire. Cette élimination est souvent abondante, et, dans plusieurs observations, la disparition à peu près totale de la glande est signalée.

Le pronostic des orchites non suppurées est plus bénin. Elles se terminent souvent par la résolution complète mais peuvent cependant amener une atrophie plus ou moins marquée de la glande. En outre, on observe très souvent la persistance, longtems après la guérison, de noyaux indurés en divers points de l'épididyme, noyaux pouvant entraîner une oblitération plus ou moins complète des canaux spermatiques.

TRAITEMENT

Le traitement de l'orchi-épididymite typhoïdique n'offre aucune indication spéciale et ne diffère en rien de celui des autres orchites aiguës.

Le malade sera mis au repos absolu, dans la position horizontale; les bourses seront relevées et recouvertes d'une application de pommade résolutive, pommade au gaïacol ou au collargol.

Si la douleur est très vive, on la calmera par l'application d'une poche de glace, par les lavements laudanisés, par la pommade belladonnée.

La douleur est parfois le fait d'un épanchement vaginal abondant; dans ce cas, une ponction évacuatrice soulagera le malade.

Enfin, si l'orchite évolue, non pas vers la résolution, mais vers la suppuration, après application de pansements humides, chauds, fréquemment renouvelés, on aura recours à l'incision et au drainage de l'abcès dès que le pus sera collecté.

Quant au traitement prophylactique, il est bien difficile d'en établir les règles, étant donnée la pathogénie de l'orchite. Peut-être pourrait-on cependant préconiser l'emploi de l'urotropine, comme antiseptique des voies urinaires, pour les rares cas qui reconnaissent une origine ascendante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Docteur Raynaud

Orchi-Epididymite ayant marqué le début d'une fièvre typhoïde. — Résolution. — Légère atrophie consécutive.

P..., 24 ans, entre à l'hôpital de Mustapha, le 22 août 1911, salle Trousseau, pour orchi-épididymite aiguë.

Le 10 août, dans l'après-midi, alors qu'il était en excellente santé, il a été pris brusquement d'une douleur assez vive au niveau de l'anus, douleur contrictive avec irradiations vers le rectum et vers l'extrémité de la verge.

Cette douleur augmente rapidement d'intensité, devient intolérable, arrachant des cris au malade. Nuit très agitée. Un lavement laudanisé ne produit aucun effet sédatif. A son réveil, il constate une augmentation de volume assez considérable du scrotum du côté droit avec testicule très douloureux à la palpation.

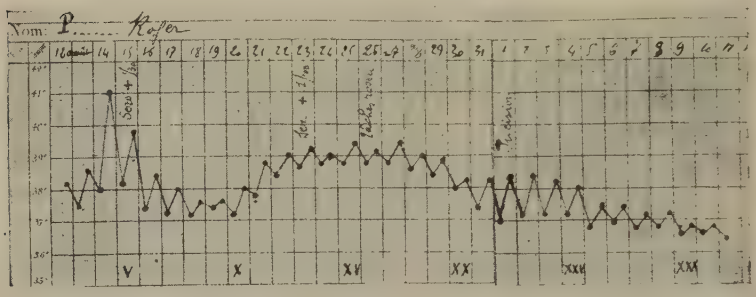
Le 11 août, les douleurs persistent, surtout au niveau du testicule et du cordon. Suspensoir ouaté ; application de pommade belladonnée, à la suite de laquelle les douleurs disparaissent presque complètement.

Mais dans la nuit apparaît un accès de fièvre violent, précédé de frissons et suivi de sueurs abondantes ; la douleur testiculaire réapparaît, devient excessivement vive, avec douleur spontanée sur le trajet du cordon. Le malade vient alors à l'hôpital.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Mère décédée de suites de couches, un mois après la naissance du ma-

lade. Père mort en 1905, d'ulcère gastrique. Frères et sœurs tous bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans. Ictère catarrhal à 18 ans. Varicelle à 20 ans. Jamais de bronchites. Jamais la moindre affection pulmonaire. A 19 ans, à la suite d'un coït suspect, écoulement urétral peu abondant, s'étant tari spontanément sans aucun soin au bout de 6 à 7 jours. Jamais la moindre douleur à la miction ; pas d'érections douloureuses. Cet écoulement n'a jamais reparu. Actuellement, n'a pas eu de rapports sexuels depuis 6 mois.



Examen du malade. — Malade non prostré, non abattu, souffrant uniquement du testicule droit. Le scrotum paraît rouge, tendu, légèrement œdématié et présente un aspect phlegmoneux. Le testicule est très augmenté de volume et très douloureux, même spontanément. L'épididyme est difficile à délimiter en raison d'un léger épanchement dans la vaginale ; il paraît gonflé et très sensible à la palpation. Le canal déférent est augmenté de volume et douloureux jusque dans la fosse iliaque. Les urines sont claires, sans filaments, la pression méthodique de l'urètre ne fait pas sourdre le moindre écoulement. Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. L'examen des différents organes est négatif. En particulier, on ne note rien du côté de l'appareil pulmonaire. Les bruits du cœur sont réguliers. Le pouls, bien frappé, bat à 82 pulsations par minute. La température est de 38°2. L'état général est peu touché. La langue est légèrement saburrale. Constipation. Foie et rate de dimensions normales et non douloureux. Rien du côté

du système nerveux. En résumé, tout se borne à une orchi-épididymite aiguë survenue spontanément chez un sujet jusque là en bon état de santé.

Dans la nuit du 14 au 15 août, violent accès de fièvre à 41° avec frisson, délire ; accès semblable à celui du 11 août. On recueille sur lames du sang qu'on examine. On ne note pas d'hématozoaires.

Sérodiagnostic Eberth : très légère agglutination à 1/30
— Para A : négatif
— Para B : négatif
— M. Melitensis : négatif.

Les jours suivants, la température baisse progressivement, sans descendre cependant à la normale. L'état local reste stationnaire ; les douleurs spontanées persistent, empêchant le sommeil. Le testicule et l'épididyme sont toujours très augmentés de volume et très douloureux.

Mais, à partir du 20 août, la température s'élève de nouveau par oscillations régulièremnt ascendantes ; l'état général s'altère. Abattement ; anorexie ; insomnie, causée surtout par les violentes douleurs testiculaires. On prescrit des lavements laudanisés, de l'urotropine et des applications de glace sur le scrotum.

Le 23 août, les sérodiagnostics sont de nouveau pratiqués et donnent les résultats suivants :

Eberth : positif à 1/100.
Para A : négatif.
Para B : négatif.
Melitensis : négatif.

Une hémoculture, pratiquée le même jour, donne un bacille mobile ayant tous les caractères du bacille typhique, agglutiné par le sérum du malade.

Le diagnostic de fièvre typhoïde ne fait donc pas de doutes. Les taches rosées lenticulaires apparaissent le 26. Langue saburrale ; constipation ; abdomen souple et un peu douloureux dans la fosse iliaque droite ; rate perceptible. Le testicule et l'épididyme sont toujours gros et douloureux.

La maladie suit son cours normal. La température, malgré des prise régulières de pyramidon, oscille autour de 39°.

Le pouls est dicrote, autour de 84, en dissociation avec la température. Les urines restent claires et abondantes.

Dans les premiers jours de septembre, la température décroît progressivement, l'état général s'améliore, la langue devient humide, le taux des urines s'élève ; le malade entre en convalescence.

Cependant, les douleurs testiculaires persistent. L'épididyme très douloureux donne la sensation de fluctuation et fait penser à un abcès siégeant au niveau de la tête. Une incision est faite par le Dr Ferrari ; mais ni cette incision, ni plusieurs ponctions faites dans l'organe, ne ramènent la moindre goutte de pus. Pas de liquide dans la vaginale. On trouve seulement un testicule et un épididyme très congestionnés.

A partir de ce moment, les douleurs spontanées disparaissent, mais la pression reste encore douloureuse. Le scrotum reprend peu à peu son aspect normal. Le testicule et l'épididyme diminuent progressivement de volume et à partir du 7 septembre, la convalescence s'accuse nettemnt. L'apyrexie est complète, et le malade quitte l'hôpital le 18 septembre. A ce moment, le testicule a repris son volume normal, mais l'épididyme présente au niveau de la tête et de la queue deux gros noyaux indurés, peu douloureux à la pression.

Nous avons pû revoir ce malade 2 ans après sa fièvre typhoïde et nous avons constaté une atrophie nette de son testicule droit. Le volume de ce testicule est diminué d'un tiers environ, et sa consistance est plus molle que celle du testicule gauche. Cette atrophie s'est manifestée peu de temps après la guérison du malade.

OBSERVATION II

M. le Dr Raynaud

Orchite survenue à la fin de la période fébrile

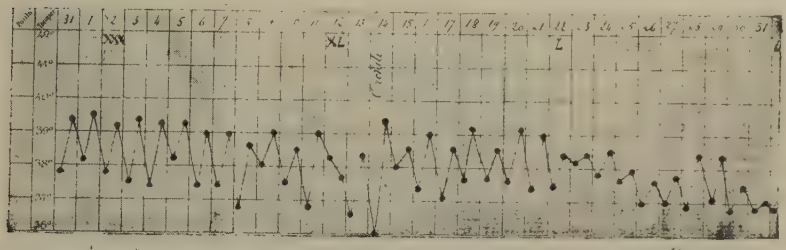
M... Michel, 24 ans, homme d'équipe au P.-L.-M., entre salle Trousseau, le 11 juillet 1911.

Il est malade depuis le 3 juillet ; après 2 ou 3 jours de vague malaise, il présente de la céphalée, de la lassitude, de la courbature générale, de l'insomnie et de la fièvre.

A son entrée à l'hôpital : céphalalgie violente, vertiges, état de stupeur. Langue sèche rôtie ; fuliginosités. Pas de diarrhée. Abdomen légèremnt météorisé avec taches rosées lenticulaires caractéristiques. Fosse iliaque droite douloureuse à la pression.

Foie normal. Rate perceptible sous le rebord des fausses côtes. Quelques râles humides aux bases des deux poumons.

Bruits du cœur réguliers, mais premier bruit nettement assourdi.



En somme, le diagnostic clinique de fièvre typhoïde est évident et il est confirmé par le sérodiagnostic qui montre une agglutination complète à 1/100 après deux heures de contact.

Nous ne rapporterons pas au complet l'évolution de cette fièvre typhoïde. Disons seulement qu'elle fut longue et grave, avec des températures élevées ; et vers le 10 août, au 38e jour de la maladie, la courbe thermométrique esquissait à peine son mouvement de descente.

Ajoutons encore que le malade ne présente dans ses antécédents aucune maladie vénérienne, en particulier, jamais de blennorragie.

Le 14 août, 6 semaines après le début de la fièvre typhoïde, le malade est pris de violentes douleurs dans la région inguinale gauche, douleurs s'irradiant dans la direction du cordon, jusque dans le testicule gauche. La température qui le matin était à 36°, monte dans la journée à 39°2.

A l'examen on observe un gonflement marqué du scro-

tum qui est rouge, tendu, tuméfié. Le testicule est augmenté de volume, douloureux à la moindre pression. L'épididyme forme une masse dure, douloureuse, coiffant le testicule. Enfin réaction peu marquée du côté de la vaginale qui est distendue par une légère quantité de liquide.

L'état général n'est guère modifié par cette complication ; seule la température dessine un recrudescence et se maintient les 8 ou 10 jours suivants entre 38° et 39°.

Les phénomènes inflammatoires rétrocèdent à partir du 22 août ; le testicule reprend son volume normal ; seul l'épididyme reste tuméfié au niveau de la tête. Ce noyau persiste, quoique diminué de volume, le 23 septembre, moment où le malade quitte l'hôpital.

En somme, au cours, ou plutôt à la fin de l'évolution d'une fièvre typhoïde grave, est apparue une orchiépididymite gauche, ayant évolué rapidement vers la guérison, mais avec persistance d'un noyau induré de l'épididyme.

OBSERVATION III

M. le Dr Raynaud

Orchite survenue au début de la convalescence

Z... Manuel, journalier, 22 ans entre à l'hôpital, salle Trousseau, le 6 septembre 1911, présentant au complet le tableau clinique d'une fièvre typhoïde.

Début insidieux, 20 jours auparavant par une lassitude générale, de l'anorexie, de la céphalée, de l'insomnie, quelques vertiges et bourdonnements d'oreille ; puis, apparition de la fièvre et d'une diarrhée ocreuse caractéristique.

A son entrée à l'hôpital, le malade n'est pas abattu et possède sa complète lucidité. La céphalée a disparu.

La langue est un peu sèche, souffrée ; l'abdomen n'est pas météorisé ; quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. Taches rosées.

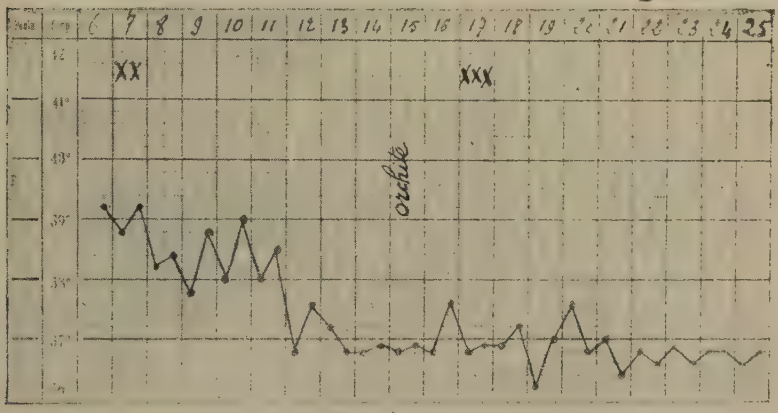
Le foie est normal, la rate non perceptible.

Les bruits du cœur sont réguliers ; le premier bruit est nettement assourdi. Le pouls bat à 88 pulsations.

Les urines sont normales.

Le séro-diagnostic pratiqué aussitôt, montre une agglutination complète à 1/100 en 2 heures.

En somme, il s'agit d'une fièvre typhoïde bénigne, évoluant d'une façon tout à fait normale. Et en effet, les jours suivants, la température baisse progressivement, la langue se dépouille, l'état général s'améliore et, le 12 septembre, le malade entre en convalescence.



Le 15 septembre, le malade se plaint de douleurs hypogastriques violentes, avec irradiations dans les deux aines; ténesme vésical et rectal. Pas d'élévation de la température.

Le lendemain matin : tuméfaction du scrotum avec rougeur et un peu de chaleur locale. L'exploration du testicule droit, qui est facile et non douloureuse, révèle l'existence d'un gonflement inflammatoire du testicule et l'existence à la tête de l'épididyme d'un noyau du volume d'une grosse noisette, douloureux à la pression.

Ce noyau existe encore lorsque le malade quitte l'hôpital le 30 septembre.

En somme, il ne s'est agi que d'une orchiépididymite très légère, n'ayant même pas influencé la courbe thermométrique.

Il n'y a rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires de ce malade.

Personnellement, il a été impaludé 2 ans auparavant. La fièvre a duré un mois.

Au point de vue génital, chancre syphilitique en 1906, traité par des injections mercurielles.

En 1908, blennorragie ayant complètement guéri et non compliquée d'orchite. Depuis, le malade n'avait jamais remarqué le moindre écoulement urétral.

OBSERVATION IV

Cordillot

Orchi-épididymite droite de la convalescence. — Suppuration. — Constatation du bacille d'Eberth.

(Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, 1907)

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 22 ans, ouvrier d'Etat d'artillerie, venu en permission dans sa famille et ne pouvant rejoindre sa garnison par suite de maladie.

Ce malade est examiné le 12 avril. Il présentait depuis quelques jours de la fièvre ; langue sâle, inappétence, un peu de diarrhée, mal de tête. Température axillaire : 38°. On pense à de l'embarras gastrique fébrile et on prescrit : sulfate de magnésie : 30 grammes ; bouillon, lait, limonade vineuse.

Le 13 avril, même situation. Température matin 38°, soir 38°5. Même régime. Sulfate de quinine : 1 gramme en 3 cachets à quelques heures d'intervalle.

Le 14, 15, 16 avril, même état.

Nous ne transcrirons pas ici jour pour jour l'évolution de la maladie. Le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Le sérodiagnostic fait le 12e jour de la maladie, fut positif ; d'ailleurs, tous les signes cliniques étaient bien ceux d'une dothiénentérie.

Le traitement employé fut : purgatifs salins à faibles doses tous les 3 ou 4 jours ; lavements froids 2 fois par

jour ; lotions froides additionnées de vinaigre antiseptique; antisepsie de la cavité buccale ; quinine : 0 gr. 50 par jour. Bouillon, lait, limonade vineuse ; vin de quinquina, thé, café noir.

Trois semaines après, le malade n'avait plus de fièvre et demandait à manger. L'alimentation fut progressive. Rien ne menaçait d'entraver la convalescence et depuis 2 jours ce soldat se levait, quand brusquement, le 10e jour après la cessation de la fièvre, la température axillaire montait à 39°.

Nous pensions à une imprudence du malade ou de ses parents dans le régime et à une rechute de la fièvre typhoïde et nous remettions notre malade au bouillon et au lait. Un examen minutieux ne nous montrait rien d'anormal du côté de l'abdomen qui était très souple ; pas de diarrhée ; langue sâle, chargée. Pas d'albumine dans les urines. Rien aux poumons ni au cœur.

Le lendemain matin 39°6, soir 39°9. Examen très minutieux de notre malade. Nous ne trouvions rien pour expliquer cette température anormale. Le malade interrogé nous déclarait ne souffrir nulle part.

Le 3e jour, nous ne trouvions encore rien quand le malade nous déclara « souffrir beaucoup dans la partie droite ». « Il n'avait osé nous le dire jusque-là. » Nous examinons l'appareil génital de notre malade, ce que nous n'avions pas fait les jours précédents, ne soupçonnant nullement que la cause de cette fièvre élevée pût être là.

Nous constatâmes en effet l'existence d'une orchiépididymite droite. L'examen est assez difficile, car la moindre pression arrache des cris au malade. La peau du côté malade est rouge, tendue. Le testicule gonflé est plus que doublé de volume, comparé à celui du côté opposé ; l'épididyme est augmenté de volume, induré dans toute son étendue, sans bosselure et coiffe le testicule ; pas de trace de liquide dans la vaginale.

Les douleurs sont irradiées vers le canal inguinal, l'hypogastre et les lombes ; le cordon nous semble indemne. Notre soldat nous dit avoir ressenti une douleur très vive et subite dans le testicule droit, il y a trois jours, dou-

leur qui l'obligea à se coucher. « C'est depuis ce moment, nous dit-il, que j'ai de la fièvre. »

Il nie avoir jamais eu de maladie vénérienne ; la pression de l'urèthre n'amène pas de goutte au méat. Il n'y a pas eu de traumatisme. Force nous est bien d'admettre cette orchiépididymite comme étant de nature typhoïdique. Notre malade dit ne ressentir aucune douleur en urinant.

Nous faisons garder les urines et les examinons chaque matin : rien d'anormal ; pas trace de pus ni de sang ; pas d'albumine.

Comme traitement : repos au lit ; élévation des bourses ; onctions de pommade gaïacolée. Comme il n'a pas dormi depuis 2 jours, potion calmante.

Le 19 mai, même état, même traitement. Notre malade a un peu dormi la nuit. Comme il y a constipation, 30 gr. de sulfate de magnésie.

Le 20, 21, 22 mai, même état. Température toujours très élevée. Douleurs violentes à la palpation, très légère pourtant. Pas d'épanchement dans la vaginale.

Le 23 mai, en examinant le malade, nous constatons un léger point de fluctuation. Après avoir nettoyé les bourses à l'eau chaude savonneuse, au sublimé, puis à l'alcool, une ponction est pratiquée dans le testicule ; nous en retirons quelques gouttes de pus qui seront examinées directement et ensemencées.

Le 2 mai, la température a un peu diminué : 38°6 au lieu de 39°3 la vieille au matin ; mais la fluctuation a augmenté. Le testicule est moins douloureux. Traitement : enveloppement de compresses humides et chaudes.

Le 25 mai, nous voulions faire une incision au point fluctuant, mais nous constatons une légère ouverture qui s'est faite spontanément ; par cette ouverture s'est écoulée une petite quantité de pus crémeux. Pansements humides.

L'orifice cutané s'aggrandit peu à peu et les jours suivants apparurent des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé et une substance, composée de filaments enroulés qui n'était autre que la substance séminifère elle-même chas-

sée de son enveloppe. Elle s'élimina peu à peu jusqu'à ce que le testicule fut complètement vidé ; il ne restait plus alors qu'une coque constituée par les débris de la tunique albuginée.

La suppuration n'envahit pas l'épididyme qui, pendant longtemps, resta gros, douloureux à la palpation.

La cicatrisation fut longue à se faire, l'évacuation du tissu testiculaire ayant laissé une perte de substance profonde, à porois taillées à pic.

L'examen du pus donna les résultats suivants : « Le pus ensemencé dans le bouillon a donné naissance à des cultures d'un bacille présentant tous les caractères du bacille d'Eberth. Ce bacille s'est laissé immobiliser et agglutiner par le sérum du malade ; et a été parfaitement identifié par les colorations et les cultures. »

Le malade a été revu longtemps après sa fièvre typhoïde. Le testicule n'existait plus et l'on sentait seulement une petite tumeur de la grosseur d'un haricot. La cicatrice disparaissait dans un repli des bourses.

OBSERVATION V

Bergounious (Société de Méd. des Hôp. de Paris, 1903)

Orchi-épididymite droite de la convalescence. — Suppuration. — Bacille d'Eberth et bacille de Koch.

L... soldat au 46e d'infanterie, âgé de 24 ans, de constitution et de tempérament lymphatiques, sans antécédents personnels ou héréditaires, méritant d'être rappelés, entre à l'hôpital Bégin, le 4 juillet. Il est atteint de fièvre typhoïde à forme commune, d'intensité modérée (Epistaxis ; langue saburrale, un peu tremblante ; diarrhée ; léger ballonnement du ventre ; taches rosées.)

L'apyrexie définitive a lieu au 19e jour.

La convalescence s'établit régulièremnt. Le malade mange un degré du petit régime et demande à se lever, lorsque le 31 juillet au soir, au 33e jour de la maladie et

au 15e de la convalescence, le malade ressent une vive douleur dans la région des bourses au moment où il remonte dans son lit. Il dit que dans ce mouvement, il s'est fortement comprimé les bourses entre les deux cuisses.

Pendant la nuit, il souffre beaucoup. On prend sa température qui est de 39°7.

Le 1er août, le scrotum presque en entier présente une coloration rouge sombre, surtout à droite. La peau est épaissie et œdématiée, et légèrement mobile sur les tissus sous-jacents. On sent de suite sous la main le testicule droit gros comme une orange de dimension moyenne, très dur et très douloureux. Il a conservé sa forme. L'épididyme est aussi augmenté de volume, dur et douloureux. Le gonflement est lisse, sans bosselures ni nodosités. On ne sent pas de séparation entre le testicule et l'épididyme. Le cordon est un peu douloureux, sans être rigide ni gonflé.

Le malade affirme très nettement qu'il n'a jamais eu de blennorragie. Il n'y a ni écoulement, ni suintement de l'urèthre. Température : matin, 39°6 ; soir, 39°7.

Le 2 août, la réaction générale est toujours vive. Le pouls est à 132, assez petit, dépressible et régulier. La face est vultueuse. Le malade a une épistaxis abondante et des vomissements alimentaires. La langue est cependant humide et à peine sâle. Le ventre n'est ni douloureux, ni ballonné. Constipation. Même aspect du testicule et des bourses. On refait le sérodiagnostic qui est positif à l'Eberth au 1/30e.

Température : matin, 39° ; soir, 39°2.

Le 3 août, pouls à 120, petit. Plus de vomissements. Même état local. Température 38°3 — 38°8.

Le 4, température 38°4 — 38°4.

Le 5, température 37°6 — 37°7.

Le 6, la douleur se localise à la partie antérieure des bourses, au niveau du bord inférieur du testicule ; fluctuation peu nette ; peut-être y a t-t-ildu liquide dans la vaginale. Diminution légère du volume de la tuméfaction. La peau est moins rouge et moins tendue. Il n'y a plus de

réaction générale. Le malade dort bien ; l'appétit renait. température : 37°3—37°4.

Le 8, la région scrotale est moins dure et moins tendue. Le testicule n'est plus douloureux spontanément, mais il l'est encore à la pression.

Le 11, l'orchite a très sensiblement diminué de volume. La coloration de la peau n'est rouge qu'en avant. A ce niveau la fluctuation est assez nette ; la pression est indolore.

Le 21 la fluctuation est manifeste ; la pression ne réveille toujours aucune douleur.

Le 24, la partie antérieure du scrotum du côté droit est saillante. La saillie, non douloureuse à la pression, a le volume d'un œuf de pigeon. La peau est un peu tendue et amincie.

Asepsie de la région ; incision. Il sort une cuillerée de pus sanieux, grisâtre, mêlé de pus phlegmoneux, tantôt bien lié, tantôt rougeâtre, de sang et de débris cellulaires. Des pipettes stérilisées sont remplies de pus et seront examinées à l'Institut Pasteur.

Le 26, la plaie est bien détergée, a bon aspect et bourgeonne bien. Le scrotum, sauf au voisinage de l'incision, a repris sa coloration normale. Le testicule n'en reste pas moins gros comme un œuf de poule, dur, indolent. Il n'y a toujours pas de séparation d'avec l'épididyme qui d'ailleurs n'est pas bosselé. Dans le fond de l'abcès, saillie du testicule ; vaginale lisse et bombée. On dirait que cette saillie est rénitente, presque fluctuante. Ponction exploratrice à la seringue de Pravaz. Pas d'issue de liquide. Cependant on a pendant la ponction la sensation de résistance vaincue et de pénétration dans un tissu très ramolli.

Le 27, il s'échappe par l'ouverture de l'abcès une sorte de pulpe filamenteuse mêlée de pus qui paraît être composée de tubes séminifères en voie d'élimination, comme semble l'indiquer l'examen au microscope à un faible grossissement.

Nous envoyons le pus et les débris filamenteux recueillis au laboratoire de bactériologie du Val-de-Grâce, qui nous fait connaître à la date du 12 septembre que :

« Dans la pulpe filamenteuse ont été trouvés des débris de tubes séminifères.

« L'examen direct du pus a permis d'y déceler la présence du bacille de Koch.

« Les cultures n'ont pas révélé la présence du bacille d'Eberth. »

Le 2, le testicule a repris à peu près son volume normal. L'épididyme reste toujours gonflé. L'incision de l'abcès prend l'aspect fistuleux. La pulpe filamenteuse s'élimine toujours.

Nous procédons à l'examen des organes de la respiration, car l'hypothèse du développement d'une tuberculose du testicule devant être envisagée, il est utile de se rendre compte si le poumon lui-même n'est pas atteint.

A la percussion, sous la clavicule droite, la sonorité et l'élasticité de la région sont un peu moindres que du côté gauche. Dans les fosses sus-épineuses et la région interscapulaire, elle ne décèle rien d'anormal. La respiration est un peu diminuée sous la clavicule droite. Ni frottements, ni craquements aux sommets. Murmure vésiculaire un peu rude dans le tiers inférieur du côté gauche.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel au point de vue tuberculose.

Le 3, le malade est soumis à l'examen radioscopique :

« L'ombre du sommet droit est manifestement floue. De chaque côté de l'ombre médiane, à hauteur du hile, on aperçoit des taches grisâtres, arrondies. Amplitude respiratoire diminuée d'un tiers. En résumé, tuberculose possible du sommet droit et des ganglions. »

Le 4 septembre, l'examen du pus prélevé le 24 août a donné les résultats suivants : « Il s'agit sûrement de bacilles d'Eberth, mobiles, bâtonnets longs et coccobacilles. En eau peptonée, le bacille ne fournit pas d'indol. L'ensemencement est fait avec ce microbe sur du lait stérilisé. Aucun tube n'est coagulé. » Les cultures faites sur gélatine et en bouillon peptoné nous sont d'ailleurs remises. A l'examen direct du bouillon, il existe de nombreux bacilles très mobiles ; le sérodiagnostic pratiqué avec le sang du malade est positif, quoique l'agglutination soit lente

et peu intense. Elle ne se fait qu'au bout d'une vingtaine de minutes. Il se forme des amas assez gros, mais rares de 10 à 15 bacilles. Dans un but de contrôle, nous faisons parvenir ces deux tubes au laboratoire du Val-de-Grâce qui confirme : « Bacille d'Eberth ».

Les jours suivants, la substance testiculaire continue à s'éliminer.

Le 7 octobre, le testicule est complètement atrophié. La tête de l'épididyme reste assez volumineuse, dure et un peu douloureuse. La fistule persiste.

Au toucher rectal, la prostate et les vésicules séminales paraissent saines.

Le malade sort le 15 octobre. Son état général est très bon ; l'état local n'a pas changé.

OBSERVATION VI (résumée)

Baroni et Dessy (Clinica moderna, 1898)

Orchi-épididymite droite de la convalescence. — Epanchement vaginal abondant. — Suppuration. — Constatation du bacille d'Eberth.

G... B... âgé de 20 ans, ne présentant aucun antécédent génital ou bacillaire, fut atteint en septembre 1897 d'une fièvre typhoïde qui évolua normalement ; notons toutefois qu'au cours de la maladie, le testicule droit commença à se tuméfier et à devenir douloureux ; tuméfaction et douleur disparurent rapidement, laissant seulement persister un certain degré de sensibilité.

Le malade avait quitté l'hôpital à la fin d'octobre.

Le 20 novembre, B... fut pris de frissons, avec fièvre élevée (température 40°5). Le scrotum se tuméfia très rapidement à droite et devint très douloureux. C'est dans cet état qu'il rentre à l'hôpital où l'on constate que le scrotum a augmenté de volume d'une façon notable à droite ; la peau est rouge, tendue, luisante. Par la palpation, la douleur, pourtant déjà forte, se trouve accrue ; elle se propage en haut vers le canal inguinal ; la palpation de la

partie antérieure du scrotum permet d'apprécier avec certitude une fluctuation ; tandis qu'à la partie postérieure, on sent un corps dur, plus douloureux qu'en avant. On ne peut définir si l'on sent le testicule tuméfié ou l'épididyme, ou bien les deux organes ensemble.

Ces phénomènes locaux s'accroissent les jours suivants : la température oscille en 38°7 et 39°9.

Le 6e jour, pour soulager le malade, on pratique une ponction aspiratrice qui permet de retirer 40 cc. de liquide sérofibrineux.

On palpe de nouveau le malade et l'on se rend compte que l'épididyme en arrière est légèrement augmenté de volume et un peu douloureux ; en avant, le testicule, du volume d'un gros œuf de poule, est très douloureux à la pression.

On constate en outre une fluctuation assez nette qui s'accentue les jours suivants. On pratique une incision qui donne issue à une assez grande quantité de pus et à des fragments de tissu testiculaire.

La plaie se cicatrise et le 27 décembre, le malade sort de l'hôpital guéri ; à la place du testicule ne persiste plus qu'une petite masse fibreuse.

Le liquide extrait de la vaginale possédait un pouvoir agglutinant marqué. Ni l'examen direct, ni les cultures n'y décelèrent la présence d'un germe quelconque. Quant au pus, épais, de couleur blanc-jaunâtre, avec des stries sanguinolentes, sans odeur spéciale, il contenait du bacille d'Eberth sans association microbienne.

OBSERVATION VII

Launois et Lœper (Société médicale des hôpitaux, 1900)

Orchiépididymite gauche de la convalescence. — Suppuration. — Constatation du bacille d'Eberth.

Malade, âgé de 40 ans, en traitement à l'hôpital Tenon, salle Parrot, pour une fièvre typhoïde. Evolution régulière. Apyrexie le 26e jour.

La guérison semblait définitive quand, le 16 janvier, le 38e jour environ après le début de la maladie, l'attention est attirée par une élévation brusque de la température qui atteint 39°6.

Le malade a ressenti pendant la nuit une douleur extrêmement vive dans la région testiculaire, douleur s'irradiant vers l'aine et vers le périnée et s'accompagnant d'une sensation de plénitude extrêmement pénible.

Le testicule gauche est doublé de volume ; la région correspondante des bourses est rouge, tendue, non œdémateuse. La glande est ferme et résistante, sauf en un point très limité situé à sa partie antéro-supérieure, au voisinage de la tête de l'épididyme. Cet épididyme, un peu augmenté de volume, est légèrement douloureux. Une pression exercée sur les parties latérales du testicule provoque une vive douleur, alors que toute la région antérieure demeure presque complètement indolore. Il existe une certaine sensibilité sur tout le trajet du canal déférent, jusque dans la fosse iliaque.

L'urine, claire, ne renferme pas de filaments et la pression méthodique du canal ne fait sourdre aucun écoulement. Le malade n'a jamais eu d'orchite ni de blennorragie.

Une ponction de la vaginale permet de recueillir quelques millimètres cubes d'un liquide séreux, stérile, agglutinant le bacille d'Eberth.

Pendant les jours qui suivirent l'apparition de la complication testiculaire que nous venons de signaler, il y eut encore quelques douleurs spontanées, une légère insomnie; mais l'état général resta excellent et le malade continua à s'alimenter légèrement.

Le 18 janvier, la température s'abaisse, bien que la bourse gauche se soit encore accrue dans des proportions notables. La masse qu'elle forme est constituée par deux tuméfactions superposées : l'une, très tendue et supérieure; l'autre, plus molle, inférieure, et se prolongeant dans la région périnéale.

Le troisième jour après le début de l'orchite, le cordon gauche est douloureux dans toute son étendue, il a triplé

de volume ; ses éléments constitutifs sont comme soudés entre eux.

Le 20 janvier, la température, qui s'était un peu abaissée, remonte à 39°4. La tuméfaction s'est encore accrue au niveau de la partie inférieure, mais la douleur a considérablement diminué, comme si l'augmentation de volume avait atténué la tension testiculaire.

La prostate et les vésicules séminales demeurent saines.

Le 23 janvier, une ponction pratiquée en plein testicule permet de retirer une petite quantité de liquide sanglant qui, ensemencé donne une culture pure et très abondante de bacilles d'Eberth.

Dans les derniers jours de janvier, la palpation du testicule devient de moins en moins douloureuse, le cordon demeurant toujours volumineux et sensible. Jusqu'au 8 février, la température se maintient à 38°.

Le 11 février, une petite saillie s'est faite sur la partie antérieure et moyenne de la bourse gauche ; elle tranche par sa teinte plus foncée sur la coloration des parties voisines. D'abord molle, elle devient nettement fluctuante.

Une incision pratiquée à son niveau donne écoulement à une cuiller à café de pus bien lié et non fétide. L'examen de la poche, pratiqué avec une sonde, permet de constater l'existence d'un trajet qui va jusque dans le parenchyme glandulaire.

Le pus ensemencé, donne naissance à des cultures pures, abondantes, de bacilles d'Eberth que le sérum du malade agglutine à 1/40e. Les préparations faites directement, renferment de nombreux bacilles à réactions caractéristiques. Les leucocytes observés sont de deux sortes : les uns sont de grands mononucléaires à protoplasme foncé et à noyau variable ; les autres sont des polynucléaires. Il nous a paru que les mononucléaires étaient beaucoup plus abondants que dans le pus de la streptococcie et dans celui de la pneumococcie.

Une portion de parenchyme testiculaire s'élimina peu à peu par le trajet fistuleux ; les débris de tubes spermogènes étaient faciles à reconnaître dans les portions de tissu éliminé.

La régression de la tuméfaction et la réparation se firent progressivement ; la cicatrisation ne fut complète que le 4 mai ; le testicule avait diminué notablement de volume.

L'affection avait persisté pendant cinquante-deux jours.

OBSERVATION VIII (résumée)

Salles et Barjon (*Gazette des Hôpitaux*, 16 avril 1896)

Orchite droite survenue au cours de la convalescence et ayant évolué vers la suppuration. — Constatation du bacille d'Eberth avant et après la suppuration.

Le malade entre à l'hôpital le 3 novembre 1895, pour fièvre typhoïde. Cette fièvre typhoïde a une évolution tout à fait normale et le malade part en convalescence le 5 décembre.

Le 12 décembre, il est ramené à l'Hôtel-Dieu. Le matin il a été pris, en effet, de vives douleurs dans le testicule droit avec gonflement.

Le soir, la température monte à 40°.

On note de la rougeur au niveau de la peau qui recouvre le testicule droit. On sent l'épididyme qui est également gonflé et dont la pression est douloureuse. Le cordon est gros et légèrement sensible à la palpation. Les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés. Les urines renferment de l'albumine.

Le 13 et le 14, la température baisse légèrement.

Le 14, on voit suinter à l'orifice urétral quelques gouttes d'un liquide louche, séro-purulent. Ce pus, coloré successivement par le violet de gentiane, par le bleu de méthylène, traité par le Gram, ne décèle la présence ni du gonocoque, ni d'aucun autre microorganisme. On n'y voit que des globules de pus et des cellules épithéliales desquamées. En tous cas, il semble qu'il s'agisse d'une urétrite purement inflammatoire.

Le 15, la température est normale. Le malade se sent bien et demande à manger, mais il souffre beaucoup de son

testicule. L'épididyme paraît plus gonflé que le testicule. La peau du scrotum est rouge et œdématiée. Toujours de la funiculite et des adénites inguinales.

Le 17, après un pansement humide laissé à demeure toute la journée, et une stérilisation soigneuse du scrotum, on ponctionne en plein testicule et on ramène quelques gouttes de sérosité sanguinolente, avec laquelle on ensemence trois tubes de bouillon.

Le gonflement de l'épididyme s'est encore accentué. Le canal déférent est dur et gonflé ; les ganglions inguinaux sont douloureux.

La température qui était retombée à la normale le 15, est remontée au-dessus de 39° le 16, et est revenue de nouveau à la normale le 17.

L'état général est bon et le malade ne se plaint plus que des souffrances locales qu'il éprouve.

Le 18, les douleurs sont moins vives, soit spontanément, soit à la pression. La température est normale, mais le gonflement a encore augmenté ; il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme, les deux organes se confondent.

Il y a probablement un peu d'épanchement dans la vaginale car on sent nettement de la fluctuation, à la partie inférieure de la tumeur. La peau est épaissie, œdématiée, rouge et tendue.

Le 23 décembre, le malade est dans un état stationnaire depuis deux jours ; la tumeur conserve le même volume ; il y a toujours de la fluctuation à la partie inféro-interne.

La douleur à la pression a beaucoup diminué. Pas de fièvre. Le cordon est beaucoup plus volumineux. Les ganglions inguinaux ont à peu près disparu à droite ; ils ont diminué à gauche.

Le 28 décembre, la tuméfaction a plutôt régressé, mais la fluctuation est devenue plus nette et plus étendue. On la perçoit maintenant sur la face antérieure et jusqu'à la portion moyenne. Le malade est toujours apyrétique.

Une nouvelle ponction, faite avec les mêmes précautions

que la première fois, ramène du pus crémeux qui sera ensemencé. Un examen direct de ce pus reste négatif.

Le 30 décembre le malade, en dépit de tous les conseils, sort de l'hôpital.

Il est apyrétique ; son état général est bon ; mais les signes locaux ne se sont pas amendés.

L'examen des liquides retirés par les deux ponctions montre des cultures absolument pures de bacilles d'Eberth.

OBSERVATION IX (résumée)

Girode (Archives générales de Médecine, janvier 1892)

Epididymite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde grave. — Mort par complications pulmonaires. — Autopsie. — Présence du bacille d'Eberth dans l'épididyme.

C... Maxime, 29 ans, garçon de bureau, entre à l'hôpital Beaujon, le 22 mai 1891.

Fièvre typhoïde à forme sévère, avec complications pulmonaires.

Le 30 mai ; il s'est développé dans la nuit une tuméfaction de la moitié droite des bourses, avec rougeur et un peu de chaleur locale. L'exploration du testicule droit à travers les enveloppes est facile et révèle l'existence d'un gonflement inflammatoire assez dur qui paraît limité à l'épididyme ; le testicule ne semble pas augmenté de volume et n'est pas douloureux. La sensibilité de l'épididyme lui-même n'est pas très vive. La moitié gauche du scrotum est normale. Le trajet du cordon à droite n'offre rien de particulier.

Pas de blennorragie antérieure. La pression méthodique de l'urètre ne met en évidence aucun écoulement.

Urines normales.

Jusqu'au 4 juin, l'affection épididymaire conserve absolument les mêmes caractères ; le gonflement est un peu plus prononcé. L'épididyme est peu douloureux.

Le malade succombe le 5 mai à des accidents pulmonaires.

Autopsie. — L'appareil vasculaire afférent au côté droit du scrotum est plus développé et congestionné. La cavité vaginale droite renferme 4 à 5 centimètres-cubes de sérosité légèrement sanguinolente. Du reste, la séreuse a conservé son poli et offre seulement un peu plus de vascularisation, pour le feuillet pariétal à mesure qu'on s'approche de l'épididyme.

Toute la glande testiculaire proprement dite est normale de couleur, de consistance et d'aspect sur les coupes. Mais l'épididyme est notablement modifié. Cet organe étant isolé avec soin, ainsi que le canal déférent et les principaux vaisseaux, il est aisé de reconnaître que la tuméfaction constatée pendant la vie occupe la queue de l'épididyme. Cette dernière région est très volumineuse. Elle offre une consistance ferme et une couleur noirâtre congestive qui tranche sur la teinte rosée des parties voisines.

La séparation des enveloppes à ce niveau est assez facile, quoiqu'il existe entre elles une légère infiltration œdémateuse. En incisant la tuméfaction épididymaire en travers, on constate l'existence d'une suppuration à son centre.

Cette suppuration a un caractère aréolaire, et semble s'être faite par petits foyers qui forment autant de grains purulents sur la coupe. Une des cavités renfermait du pus de couleur chocolat. La surface épididymaire entre ces grains purulents est brunâtre. Le canal déférent, dès son origine, paraît normal sur une coupe transversale. Il existe dans la tête de l'épididyme un petit kyste renfermant un demi-centimètre-cube de liquide un peu louche.

Examen bactériologique et histologique. — Le liquide vaginal n'offre, comme éléments figurés, que des globules sanguins et des cellules d'épithélium desquamé. Les colorations n'y montrent aucun microbe. L'ensemencement ne donne aucune culture.

Dans le pus épididymaire au contraire, l'examen direct montre de nombreux bacilles présentant les caractères du bacille d'Eberth.

L'ensemencement de ce pus donne naissance à des cultures pures de ce même bacille, nettement caractérisé.

On fait des examens et des ensemencements avec le canal déférent ; ils restent absolument négatifs.

L'étude histologique des coupes de la région épididymaire malade permet de constater que les foyers suppuratifs occupent les espaces interbulaires de l'épididyme. Les voies séminifères sont partout tapissées régulièrement de leur épithelium, ne présentent aucune trace d'un travail irritatif, et n'affectent avec les nodules infectieux ou les grains purulents que des rapports de contiguité.

Nodules et grains offrent la disposition habituelle des suppurations miliaires avec la nécrose et la désintégration centrale qui s'observent en pareil cas. Les vaisseaux de la région sont très gorgés de sang.

Les coupes du canal déférent ne présentent rien de particulier.

Enfin, on observe dans les coupes de la région épididymaire la présence de bacilles d'Eberth. Ces bacilles sont ordinairement disposés par groupes serrés, soit au centre de petits amas embryonnaires, soit à la limite de la zone suppurante. Quelques-uns sont isolés.

Les coupes ne présentent pas d'autres formes microbiennes.

OBSERVATION X

Clément (Société de Médecine de Lyon, 1907)

Orchite de la convalescence. — Résolution

Le malade est un homme de 30 ans qui n'a rien d'important à relever dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Il entre à l'hôpital le 29 novembre 1906 ; le début de la maladie remontait au 22 octobre, c'est-à-dire à 5 semaines.

Nous passerons sur les détails de cette observation qui firent porter le diagnostic de fièvre typhoïde, diagnostic confirmé d'ailleurs par le sérodiagnostic.

La fièvre a suivi un cours régulier et, au 10 décembre, elle était si bien tombée, que le sujet a commencé à s'alimenter.

La convalescence paraissait franche, lorsque, le 27 décembre, au moment de la visite, on trouve le malade en proie à des douleurs abdominales extrêmement vives. Le visage est grippé, et légèrement cyanosé, les yeux sont enfoncés, les extrémités froides. En somme tout l'aspect d'un sujet qui a une complication abdominale redoutable, avec des douleurs atroces dans le ventre et dans le flanc gauche.

En examinant le sujet, on découvre rapidemnt l'explication de ces phénomènes. La partie gauche du scrotum est considérablement augmentée de volume ; le testicule et l'épididyme ne forment qu'une même masse, extrêmement douloureuse à la pression ; le cordon tuméfié a le volume d'un porte-plume.

L'examen de l'urètre montre l'absence de toute trace d'écoulement, et l'orchite est mise au compte de la maladie infectieuse dont le malade est atteint.

La température est remontée à 39°. On est surtout frappé de l'intensité des douleurs et de l'aspect lamentable du malade, qui raconte que son orchite a débuté insidieusement il y a une huitaine de jours, mais que les douleurs ne sont devenues vives que dans la nuit du 26 au 27 décembre.

On lui administre 6 grammes d'antipyrine pour la journée, et des cataplasmes belladonnés sur les bourses.

Les douleurs sont calmées dès la troisième dose d'antipyrine.

Le lendemain, la température est tombée et la douleur a cessé, sauf à la pression. La masse testiculaire et le cordon sont encore très volumineux. On continue la même médication.

Le 30 décembre, l'amélioration continue. Le testicule est un peu moins volumineux et la pression est très bien supportée. On baisse la dose d'antipyrine à 3 grammes.

Le 31, la douleur a réapparu, quoique moins vive qu'au début ; la pression est mal supportée et le volume de la

tumeur testiculaire a augmenté. On reprend les 6 grammes d'antipyrine.

Le 1er janvier, l'amélioration reprend régulièrement son cours.

Malgré le repos, malgré le port d'un suspensoir, la résolution de l'orchite est très lente. Pendant plus de 15 jours, la température reste stationnaire.

Au bout d'un mois, le malade quitte l'hôpital en bon état général, mais ayant encore un testicule gauche tuméfié, très induré et à peine douloureux.

OBSERVATION XI

Bergounious

Orchi-épididymite survenue au début de la convalescence.

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 mars 1903)

B..., 21 ans, soldat au 1er Etranger, de constitution bonne et de tempérament lymphatique, entre à l'hôpital de Géryville, le 6 novembre, malade depuis 9 jours et a une fièvre typhoïde ataxique assez sérieuse.

Le 23 novembre, vers le 26e jour, sans que la température, qui oscillait depuis quelques jours entre 37° et 38°, s'élève peu sensiblement, car elle n'atteint, le soir, que 38°2, le malade se plaint au niveau du testicule gauche d'une douleur qui serait survenue à la suite d'un léger choc.

Le scrotum est rouge et gonflé, œdématié. Le testicule, sensiblement augmenté de volume, est un peu douloureux spontanément et à la pression. Le gonflement existe aussi au niveau de la tête de l'épididyme qui participe à l'inflammation et ne présente pas de nodosités. La peau glisse facilement sur les tissus sous-jacents. Le malade n'a jamais eu de blennorragie ; il n'y a pas d'écoulement ni de suintement par le canal de l'urètre.

Le 26 novembre, au vingt-neuvième jour de la maladie, trois jours après l'apparition de la complication, la tem-

pérature devient et reste normale, matin et soir ; le testicule est encore un peu gonflé.

Le 20 novembre, la tuméfaction testiculaire est insignifiante et l'indolence de la région, presque complète.

Le 1er décembre, on regarde l'orchite comme guérie.

Le 9 décembre, nouvelle douleur, surtout au niveau de l'épididyme, avec léger gonflement, sans élévation de la température.

Le 13 décembre, tout a disparu et le malade peut se lever.

Il sort le 16 décembre. le testicule et l'épididyme sont normaux.

OBSERVATION XII

Bergounious

Orchite légère survenue le 36e jour de la convalescence.

(Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 6 mars 1903)

O..., soldat au 1er régiment Etranger, âgé de 21 ans, de constitution bonne, et de tempérament lymphatique entre à l'hôpital de Géryville, le 14 janvier.

Malade depuis plusieurs jours, il est atteint de fièvre typhoïde à forme commune (langue sèche, ballonnement du ventre, diarrhée, tache rosées, etc.)

La maladie évolue régulièrement ; le 2 février, au vingtième jour du traitement, le malade entre en convalescence. La température tombe à 37° et reste normale jusqu'au 9 mars, 36e jour de la convalescence.

Le soir du 9 mars, la température remonte à 38°6 ; il y a un gonflement du testicule droit, l'épididyme est à peine augmenté de volume. La douleur spontanée est presque nulle ; celle à la pression, très modérée. Le scrotum légèrement rosé est un peu œdémateux. L'orchite s'est développée sans cause apparente ; le malade n'a jamais eu de blennorragie et ne présente ni écoulement, ni suintement urétral.

Le 10 mars, il n'y a plus de fièvre ; la température est retombée à 37°. En 5 jours, les accidents se dissipent entièrement ; le testicule et l'épididyme redeviennent absolument normaux et, le 17, le malade peut sortir de l'hôpital.

Le traitement s'est borné à l'application d'un suspensoir ouaté.

OBSERVATION XIII

Blumenfeld (Thèse, 1905)

Orchite de la convalescence. — Deux orchites blennorragiques antérieures. — Résolution.

L... Claude, 32 ans, cocher, entre le 14 novembre 1904 à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Florand, salle Barth.

N'a jamais fait de grandes maladies.

Depuis une dizaine de jours, il se plaint d'une courbature générale, avec céphalée violente et inappétence. Il y a deux jours, il a saigné du nez à deux reprises et a pris le lit. Un médecin appelé a diagnostiqué une fièvre typhoïde, et l'envoie pour ce fait à l'hôpital.

A l'entrée, la température atteint 39°2 ; le pouls est à 100.

Le facies dénote une grande stupeur ; le malade répond difficilement aux questions qu'on lui pose ; la céphalée est toujours aussi violente.

La langue est sèche ; la bouche pâteuse ; le ventre est ballonné ; la fosse iliaque droite est douloureuse à la pression, et la palpation permet de sentir du gargouillement ; la rate est grosse. Sur l'abdomen, on relève quelques taches rosées.

Traitement. — Bains froids à 24°, toutes les trois heures, quand la température dépasse 39°.

Le 16 novembre. — Température 38°8 ; le sérodiagnostic est positif à 1/70. A l'auscultation, quelques râles disséminés.

Le 18 novembre, même état ; température 39°4 ; le ma-

lade prend environ six bains en 24 heures ; il a des selles diarrhéiques, fétides.

Le 20 novembre, les taches rosées ont disparu ; la température se maintient entre 38°3 et 39°6 ; le pouls est dicrote, les urines sont toujours rares et légèrement albumineuses.

La maladie suit son cours habituel, sans phénomènes particulièrement inquétants ; la température baisse en lysis à partir du 1er décembre.

Le 6 décembre, le malade entre en convalescence. Les urines sont abondantes, atteignant 2 litres 200 dans les vingt-quatre heures ; la langue est humide, rosée, la température tombe à 36°8.

Le 11 décembre, le malade commence à manger un œuf, température 36°9.

Peu à peu, les jours suivants, on augmente la quantité de nourriture.

Le 19 décembre, trente-quatrième jour de la maladie et treizième de la convalescence, le malade qui semblait guéri est pris tout à coup de frissons et de fièvre : 38°5. En même temps, il accuse une violente douleur dans la partie gauche des bourses.

Interrogé, le malade nous apprend qu'à deux reprises, en 1892 et en 1896, il a eu la blennorragie, et que chaque fois il a eu une orchite à gauche.

Depuis 1897, il n'a jamais eu le moindre écoulement, ni la moindre douleur testiculaire, et n'a jamais remarqué la moindre particularité à son testicule gauche.

La pression sur le méat ne permet pas de faire sourdre la plus légère goutte de pus ; répétée à maintes reprises pendant le cours de l'orchite, et quelques jours après sa guérison, elle n'a pu produire même un léger suintement.

Quoiqu'il en soit, en même temps que la douleur se produit, la partie gauche du scrotum est tuméfiée, rouge et luisante.

A la palpation, le testicule est gros, dur et douloureux ; l'épididyme est également tuméfié au niveau de sa tête ; la queue et le cordon sont à peu près indolores, et nulle-

ment volumineux. La vaginale paraît libre de tout épanchement. Le toucher rectal ne dénote rien d'anormal.

Traitement. — Application d'onguent napolitain belladonné ; on soutient les bourses avec un coussin d'ouate.

Le 20 décembre, température 38°2 ; la douleur est moins limitée, mais s'irradie aux aines et jusque dans les lombes; la tuméfaction est stationnaire.

Le 21 décembre, la douleur s'atténue, la température redevient normale, la tuméfaction a notablement diminué.

Le 26 décembre, il n'y a plus aucune trace des accidents, et le malade paraît entièrement remis.

Le 30 décembre, le malade quitte l'hôpital.

Nous le revoyons le 14 janvier ; les bourses sont souples, le testicule gauche paraît normal ; on ne sent rien d'anormal sur l'épididyme, ce qui prouve aussi qu'il n'y a pas eu réveil de l'orchite blennorragique antérieure, qui n'a laissé aucune trace.

OBSERVATION XIV

Audard (Archives générales de Médecine, 1899)

Orchi-épididymite droite survenue au début de la convalescence. — Résolution avec persistance de 2 noyaux indurés sur l'épididyme.

P..., 18 ans, garçon boucher, entre le 17 mai 1899 à l'hôpital de la charité, salle Vulpian, pour une fièvre typhoïde au 7e jour.

Forme légère. Défervescence le 31 mai.

Le 1er juin, température : matin 36°2, soir 36°5.

Le 2 juin, au matin, la température s'élève brusquement à 39°1. A la visite, le malade se plaint de douleurs violentes au niveau des bourses. Il raconte que le début de ses souffrances remonte à deux jours, mais qu'à ce moment là, elles étaient peu accusées ; il en faisait peu de cas et n'avait pas crû utile de les signaler. Ces douleurs sont vives, lancinantes, aussi bien diurnes que nocturnes, continues, mais avec accès paroxystiques durant un quart

d'heure environ. Elles occupent toute la portion droite des bourses, sans localisation bien marquée au testicule ou à l'épididyme. Elles ne s'irradient point vers la glande opposée, le périnée, la verge ou la région lombaire. Pas de douleurs à la miction. La moitié droite des bourses est très augmentée de volume, tandis que la gauche reste étalée et flasque. A droite, le scrotum est rouge, luisant, un peu œdématié ; les réseaux veineux superficiels sont légèrement dilatés, la température locale est très élevée. Le testicule malade repose par sa face externe, sur la face interne de la cuisse correspondante que le malade maintient en légère abduction et rotation externe, seule position qui lui procure un peu de soulagement.

La glande est très volumineuse, d'un volume à peu près triple que celle du côté opposé ; si on soulève avec la main le testicule malade, on est frappé par son poids qui est bien sept à huit fois supérieur à celui du testicule sain.

La palpation réveille la douleur à peu près partout, et est, de ce fait, très difficile, et fournit peu de renseignements.

Cependant, on se rend nettement compte que l'épididyme a la grosse part dans cette augmentation de volume.

Le testicule est volumineux ; mais, proportionnellement, l'épididyme qui le surmonte à la manière d'un cimier de casque, est énorme ; il est globuleux, très haut et surtout très large. La consistance des deux organes est supérieure à la normale ; à la palpation superficielle, ils semblent durs ; mais une pression un peu forte entre le pouce et l'index révèle une élascité, une rénitence profonde. Nulle part, il n'est possible de sentir de noyaux indurés.

Le cordon spermatique correspondant est volumineux dans sa moitié inférieure.

Du côté gauche, le scrotum est normal, le testicule et l'épididyme sont sains.

Le toucher rectal n'indique point que la prostate et les vésicules séminales soient grosses ou douloureuses.

La pression sur le canal de l'urètre ne met en évidence aucun écoulement suspect.

On prescrit un lavement de chloral et l'application sur

les bourses d'un cataplasme laudanisé. Les bourses sont soulevées à l'aide d'une planchette, mais ce soulèvement exagère les douleurs, au point que l'on est obligé de renoncer à ce mode ordinaire de soutien des testicules enflammés. Température du soir 38°6.

Le 3 juin, pas de changement dans l'état du malade. Pas de sommeil. Température : matin 36°5 ; soir 38°.

Le 5 juin, état stationnaire. Le testicule a gardé son volume ; le scrotum du côté atteint est toujours rouge et est le siège d'une légère desquamation.

Contispation. Lavement purgatif.

Température : matin 37° ; soir 37°2.

Le 6 juin, les crises douloureuses, beaucoup moins intenses, ne se renouvellent plus que deux ou trois fois par jour et n'empêchent point le sommeil.

La pression ne réveille plus de douleurs qu'à la partie postéro-inférieure du testicule. Applications de compresses humides sur le scrotum ; on soulève les bourses à l'aide d'une feuille de carton ; ce traitement n'est plus douloureux.

Urines abondantes, claires et limpides.

Température : matin 36°9, soir 37°.

Le malade est devenu apyrétique, pour le demeurer jusqu'à la fin de sa maladie.

Le 11 juin, les douleurs spontanées ont disparu, mais la pression est encore douloureuse.

Le scrotum est redevenu normal.

Le testicule est moins dur et présente à peu près sa consistance normale ; il est un peu diminué de volume, mais on sent nettement deux noyaux, l'un à la tête, l'autre à la queue de l'épididyme, ce dernier plus gros.

Le 17 juin, le malade se lève, portant un suspensoir ouaté.

Le 18 juin, le malade reste debout une demi-heure et fait le tour de la salle.

Le 19 juin, bien portant au réveil, il ressent, vers 7 heures du matin, une douleur au niveau du testicule droit ; la glande n'a pas augmenté de volume ; l'épididyme présente toujours ses deux noyaux, très douloureux à la pression.

Température : matin 36°6 ; soir 37°8.

Cataplasmes laudanisés ; compresses humides ; repos.

Le 20 juin, le testicule droit a grossi de nouveau dans la nuit, mais sans atteindre les proportions présentées au début de la maladie. Même consistance normale. Les deux noyaux épididymaires persistent. Pas de douleurs spontanées.

Température : matin 36°4 ; soir 37°1.

Le 27 juin, le testicule qui a diminué peu à peu, a presque repris son volume normal.

Pas de douleurs spontanées ; douleur très légère à la pression des deux noyaux épididymaires.

Le 1er juillet, cette pression n'est plus douloureuse.

Le 5 juillet, le malade quitte l'hôpital avec un testicule droit redevnu normal, mais on perçoit toujours deux noyaux épididymaires indurés. Plus de douleurs. Etat général excellent.

OBSERVATION XV (résumée)

Dô (Thèse Lyon, 1900)

Orchite légère de la convalescence chez un enfant de 10 ans

X..., âgé de 10 ans, présenta dans les premiers jours de décembre 1891, tous les signes d'une fièvre typhoïde ; fièvre typhoïde à forme sévère qui semblait entrer dans la période de convalescence, lorsque le petit malade se plaignit de vives douleurs dans le coude gauche.

Le Professeur Poncet constata les signes d'une ostéopériostite de l'extrémité postéro-supérieure du cubitus et décida une intervention chirurgicale.

Trois jours après cette intervention, le malade se plaignit d'une douleur dans le testicule gauche.

A l'examen, le Professeur Poncet constata un peu d'augmentation de volume de l'épididyme dans sa totalité avec hypertrophie légère du testicule et pensa qu'il s'agissait d'un peu de vaginalite exsudative ou d'une légère orchite concomitante.

Les suites de cette orchiépididymite, traitée par le repos au lit et des applications chaudes, furent des plus simples. Elle guérit rapidement, et l'enfant n'en conserva par la suite aucune trace. M. Poncet a revu plusieurs fois le malade : le testicule et l'épididyme ne présentent absolument rien d'anormal.

OBSERVATION XVI (résumée)

Horwitz

(*Philadelphia médical journal*, 1898, in thèse Blumenfeld)

Orchite suppurée. Présence dans le pus de cocci pyogènes. Absence de bacilles d'Eberth

Un médecin de 22 ans entra le 29 janvier 1898, à Jefferson-Hospital, pour une fièvre typhoïde datant de dix jours.

La maladie suivit son cours ordinaire normalement et la défervescence étant survenue le 22 février, le malade sortit le 17 mars.

Le 28 mars, il fut pris sans cause apparente de douleur et de gonflement du testicule gauche. La douleur était angoissante et le gonflement s'accrût jusqu'à ce que le testicule eût atteint plusieurs fois son volume normal.

La douleur était plus intense que dans les orchites blennorragiques ; il y eut un peu de fièvre jusqu'au 2 avril. Pas d'écoulement urétral. Un léger épanchement apparut dans la vaginale ; il n'y eut pas d'épididymite.

Malgré le traitement, un abcès de la moitié gauche du scrotum se produisit, qui fut incisé le 23 avril.

La guérison fut complète 10 jours après.

L'examen du pus montra la présence de cocci pyogènes et non de bacilles typhiques.

CONCLUSIONS

I. — La fièvre typhoïde est susceptible d'entraîner des complications du côté des glandes génitales de l'homme.

II. — Ces complications sont rares. Elles s'observent surtout de 16 à 32 ans et surviennent en général pendant la convalescence, rarement pendant le cours de la période fébrile.

Elles peuvent cependant marquer le début de la maladie et en constituer pendant un certain temps l'unique symptôme.

III. — Elles sont la conséquence de l'infection de la glande par le bacille d'Eberth ou, dans des cas très rares, par des microbes d'infection secondaire.

Cette infection peut se faire, exceptionnellement, par voie canaliculaire; dans la plupart des cas, par voie sanguine.

IV. — Le plus souvent, le testicule et l'épididyme sont pris simultanément. Assez souvent, le testicule est seul atteint; l'épididyme l'est rarement.

VI. — L'orchi-épididymite débute brusquement par une douleur violente avec élévation marquée de la température.

La période d'état est généralement courte.

Elle évolue soit vers la résolution avec, parfois, atrophie légère ou persistance de noyaux indurés,

soit vers la suppuration, avec élimination de tissu testiculaire.

VI. — Le pronostic vital n'est pas grave, mais le pronostic fonctionnel est sérieux, la suppuration et l'atrophie de la glande étant assez fréquentes.

VII. — L'orchi-épididymite typhoïdique ne présente pas de caractères cliniques permettant de la différencier des autres orchites infectieuses. Le diagnostic se fait d'après les commémoratifs et les examens de laboratoire.

VIII, — Le traitement est celui des autres orchites aiguës

Vu :

Le Président de thèse,
P. Ardin-Delteil.

Vu :

Le doyen,
J. Curtillet.

Alger, le 12 janvier 1914,

Vu et permis d'imprimer

Pour le Recteur absent :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
R. Basset.

BIBLIOGRAPHIE

AUDARD. — Un cas d'orchiépididymite typhoïdique. Archives générales de médecine. Août 1899.

AUDIBERT. — Qu'est-ce que la fièvre typhoïde. 1910.

AUDIBERT et MONGE. — La septicémie éberthienne. La clinique. 1909.

BARONI et DESSY. — L'orchite typhoïdique. Clinica moderna. 23 mars 1898.

BEARDSLEY. — Les complications génito-urinaires de la fièvre typhoïde. *New-York médical journal.* 20 février 1909. (*in Presse Médicale.* 24 avril 1909.)

BERGASSE. — L'orchite typhoïdique. *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme.* 1902.

BERGOUNIOUX. — Trois observations d'orchite dans la fièvre typhoïde. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.* 1903.

BERTHOUD. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. Juillet. 1897.

BEZANÇON et PHILIBERT. — Les formes extra-intestinales de la fièvre typhoïde. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale.* 1904.

BLUMENFELD. — De l'orchite au cours de la fièvre typhoïde. Thèse Paris. 1905.

BOULAND. — Thèse Paris, 1900.

Breton. — Orchite typhoïdique. *Journal des Praticiens.* 1897.

Brouardel et Thoinot. — Fièvre typhoïde. *Traité de Médecine.* Brouardel et Gilbert. Tome III, 1907.

Caldier. — De l'urétrite non gonococcique dans la fièvre typhoïde. Thèse Montpellier, 1908.

Chalon. — L'orchite typhoïdique. Thèse Paris, 1900.

Cholet. — L'orchite des typhiques. Thèse Paris, 1901.

Clément. — Un cas d'orchite dans le cours de la fièvre typhoïde. Société de Médecine de Lyon. 11 février 1907.

Cordillot. — Deux cas rares d'orchite. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. 1907.

Courmont. — Le bacille d'Eberth dans le sang.

Dalous. — Contribution à l'étude des suppurations testiculaires. *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* 1907.

Dieulafoy. — Traité de Pathologie interne.

Do. — De l'épididymo-orchite typhique. Thèse Lyon 1900.

Eshner. — Orchiépididymite, complication de la fièvre typhoïde. *Philadelphia medical journal.* 1898 (*in Revue générale de Patho-interne.* 1898).

Esmonet. — Etude du testicule dans quelques infections. Thèse Paris, 1903.

Farcy. — Contribution à l'étude des septicémies éberthiennes non dothiénenthériques. Thèse Paris, 1909.

Girode. — Epididymite typhique suppurée. Archives générales de Médecine. Janvier 1892.

Horwitz. — Orchite suppurée. *Philadelphia Medical Journal.* 1898.

Labat. — Cystite Eberthienne. Thèse Paris.

Lardennois. — L'orchite typhoïdique. *Nouvelle Pratique Medico-chirurgicale.*

LAUNOIS et LOEPER. — Orchite thyphoïdique suppurée. Société Médicale des hôpitaux. 25 mai 1900.

LE FUR. — Maladies des organes génito-urinaires. *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert. Tome XXII. 1907.

LEGRAIN. — Urétrite chez un convalescent de fièvre typhoïde. *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires.* 1889.

LEMIERRE et ABRAMI. — L'infection descendante des voies urinaires dans la fièvre typhoïde. *Journal d'Urologie médicale et chirurgicale.* Juillet 1912.

LESIEUR. — Le bacille d'Eberth dans l'urine des typhiques. Société Médicale des hôpitaux de Lyon, 1903 et 1904.

LEVI et LEMIERRE. — Un cas de cystite à bacilles d'Eberth. Société Médicale des Hôpitaux. 6 décembre 1901.

LONGUET. — Thrombo-phlébite du cordon. *Presse Médicale.* 20 septembre 1899.

MACAIGNE et VANWERTS. — Etiologie et Pathologie des orchites aiguës d'origine urétrale, non blennorragiques. *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Août 1896.

MARCHILDON. — Spermatocystites et Prostatites typhiques.

American Journal of the Med. sciences. Juillet 1910. (*in Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Janvier 1911.)

MESSERER et GASSER. — Orchite typhoïdique. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires. 1895.

OLLIVIER. — *Revue de Médecine.* 1883.

PHILIBERT. — La bactériurie éberthienne dans la fièvre typhoïde. *Progrès Medical.* 6 juilet 1912.

PICKE. — Présence de suppurations à bacilles d'Eberth dans les glandes génitales de l'homme. Société de Médecine de Berlin. 4 novembre 1910.

PICKE. — Orchite et Epididymite, complications de la fièvre typhoïde. 1911.

QUÉNU. — Les orchites au cours des maladies infectieuses. Clinique chirurgicale de l'Hôpital Cochin. *Presse médicale*. 21 avril, 1909.

GILLOT et RAYNAUD. — Infection typhoïdique ayant débuté par une orchite aiguë : orchido-typhus. *Bulletin Médical de l'Algérie*. 25 décembre 1913.

SALLES et BARJON. — *Gazette des Hôpitaux*. 26 avril 1896.

SEBILEAU. — Maladies du testicule. *Traité de Chirurgie*. Le Dentu et Delbet.

VINCENT. — Cystite due au bacille d'Eberth. Société de Biologie. 9 mars 1901.

VOÏNOFF. — Anatomie pathologique des Orchites infectieuses. *Presse Médicale*. 1896.

IMP. F. MONTÉGUT. — AGHA-ALGER (TÉL. 8-63)